



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3.º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Coorientador: Professor Doutor António Reis do Arco

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA)

Sílvia Maria Fernandes Ronda

Maio
2015

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3.º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Coorientador: Professor Doutor António Reis do Arco

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

(RELATÓRIO DE ESTÁGIO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU
DE MESTRE EM ENFERMAGEM E ESPECIALIZAÇÃO EM
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA)

Sílvia Maria Fernandes Ronda

Maio
2015

“A preguiça é a mãe do progresso. Se o homem não tivesse preguiça de caminhar, não teria inventado a roda.”

Mário Quintana

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe, que sempre me apoiou não só emocionalmente como auxiliando-me na minha vida pessoal e financeira. Este percurso académico, bem como todos os anteriores só foi possível devido a estes incentivos.

Contudo, infelizmente que na fase final deste percurso académico já não pude contar com o seu apoio, visto a minha mãe já não se encontrar entre nós.

Muito obrigada minha mãe.

Agradecimentos

Ao meu marido e aos meus filhos agradeço a compreensão pela ausência, pelo incentivo e pela força transmitida.

Colegas do grupo de trabalho pelo apoio e pelo espírito de entre ajuda que se estabeleceu;

Aos orientadores Prof. Doutora Maria Filomena Martins e Prof. Doutor António José Arco, pela disponibilidade e apoio durante as aulas, durante o estágio e durante a realização da tese. Ao professor Doutor Mário Martins pelas palavras encorajadoras que me transmitiu, apesar da sua ausência física;

À direcção da Escola Secundária de São Lourenço pela disponibilidade, simpatia e agrado com que fomos recebidos, bem como fomos valorizados pela colaboração com a escola no projecto de Educação Sexual na escola;

Ao meu colega e amigo Luís Amaro pela longa caminhada em conjunto e que apesar de no início ter sido eu que o incentivei a matricular-se no curso, e na reta final foi ele quem me impediu de desistir, através do seu apoio consistente e motivador.

Resumo

O presente relatório, surge no âmbito, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária realizado na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre.

A partir da Metodologia de Planeamento em Saúde, descrevemos, analisamos e reflectimos com base nas competências definidas para o enfermeiro especialista de saúde comunitária sobre um conjunto de acções de educação para a saúde, relacionadas com a sexualidade na adolescência e implementadas em contexto escolar.

Deste modo, com base nos problemas e necessidades identificadas, entrevistamos junto de 205 alunos a frequentar o 8.º e o 11.º de Escolaridade e com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos.

Foram realizadas nove sessões de educação para a saúde, que tiveram uma avaliação positiva de 98,1%.

Palavras-chave: enfermagem comunitária, planeamento em saúde, educação para a saúde, promoção da saúde sexual dos jovens.

Abstract

This report comes under, the 3rd Master's Course in Nursing with Specialization in Community Nursing held in the Health School of Portalegre - Polytechnic Institute of Portalegre.

From the Planning Methodology Health, we describe, analyze and reflect based on the skills defined for the community health nurse specialist on a set of educational activities for health, related to adolescent sexuality and implemented in school context.

Based on the identified needs, we worked among 205 students in the 8th and the 11th of Education and aged between 13 to 20 years.

They were made nine educational health sessions and obtained a positive rating of 98.1%.

Keywords: Community nursing, health planning, health education, sexual health promotion for young people.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Frequência relativa

& - e

8.º - Oitavo

9.º - Nono

10.º - Décimo

11.º - Décimo primeiro

Art.º - Artigo

Ed^a- Editora

Enf^a. – Enfermeira

Enf^o. - Enfermeiro

Nº- Número

P - Pagina

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

CEP – Conferência Episcopal Portuguesa

DGE – Direção Geral de Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EPS – Escola Promotora de Saúde

ESSL – Escola Secundária de São Lourenço

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

EUA – Estados Unidos da América

GAF – Grupo Aprender em Festa

HBSC – Health Behavior in School Aged Children

ICN - International Council of Nurses

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

IUHPE -International Union for Health Promotion and Education

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos enfermeiros

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAPES - Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde

PE – Projecto Educativo

PEPT - Programa Educação para Todos

PES - Promoção e Educação para a Saúde

PIE – Projeto Individual de Estágio

PS – Plano de sessão

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

WHO – World Health Organization

Índice

f

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 14 |
| PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE..... | 20 |
| 2. ADOLESCÊNCIA..... | 28 |
| 2.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE..... | 33 |
| 3. SEXUALIDADE HUMANA..... | 37 |
| 3.1 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA..... | 38 |
| 4. FONTES DE INFORMAÇÃO..... | 42 |
| 4.1 FAMÍLIA..... | 42 |
| 4.2 ESCOLA..... | 44 |
| 4.3 OS PARES (GRUPOS E AMIGOS) | 45 |
| 4.4 RELIGIÃO..... | 45 |
| 4.5 MÉDIA - TELEVISÃO, INTERNET E REVISTAS..... | 46 |
| 4.6 SERVIÇOS DE SAÚDE..... | 47 |
| 5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | 48 |
| 5.1 A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR..... | 50 |
| 5.2 SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL | 55 |
| 5.2.1 A educação sexual em meio escolar..... | 57 |
| 5.2.2 O papel do enfermeiro na educação para a saúde/educação sexual..... | 62 |
| 5.2.3 Teoria da aprendizagem social de Albert Bandura..... | 66 |
| 5.3 AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE..... | 70 |
| PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO..... | 76 |
| 1. O ESTÁGIO..... | 77 |
| 1.1 CAMPO DE ESTÁGIO – ESCOLA SECUNDÁRIA DE S.LOURENÇO..... | 78 |
| 1.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO..... | 80 |

| | |
|---|------------|
| 1.3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO..... | 81 |
| 1.3.1 Problemas identificados..... | 85 |
| 1.3.2 Necessidades determinadas..... | 85 |
| 1.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES..... | 86 |
| 1.5 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS..... | 87 |
| 1.6 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS..... | 90 |
| 1.7 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS..... | 92 |
| 1.8 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO..... | 93 |
| 1.9 AVALIAÇÃO..... | 95 |
| 2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA..... | 103 |
| CONCLUSÃO..... | 114 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 120 |
| ANEXOS..... | 134 |
| Anexo I - Pedido de autorização aos encarregados de educação para a participação dos jovens no estudo..... | 135 |
| Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação..... | 137 |
| Anexo III – Regulamento n. 128/2011 de 18 de Fevereiro | 144 |
| APÊNDICES..... | 148 |
| Apêndice I. Projecto Individual de Estágio (PIE)..... | 149 |
| Apêndice II – Plano de Sessão 8.º ano de escolaridade..... | 180 |
| Apêndice III: Plano de sessão do 11.º ano de escolaridade..... | 183 |
| Apêndice IV: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 8.º ano de escolaridade..... | 186 |
| Apêndice V: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 11º ano de escolaridade..... | 187 |
| Apêndice VI: Questionário de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde..... | 188 |
| Apêndice VII: Cronograma de atividades..... | 190 |

Índice de Figuras

| | f |
|---|----|
| Figura nº 1 - Etapas do processo de planeamento em enfermagem | 21 |
| Figura n.º 2 - Diagrama da promoção da saúde numa comunidade escolar | 54 |
| Figura n.º 3 - Diagrama de interação segundo a Teoria Cognitiva-Social de Bandura | 68 |
| Figura n.º 4: Períodos marcantes na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal | 71 |

Índice de Quadros

f

| | |
|--|-----|
| Quadro n.º1: N.º total de alunos por turma..... | 80 |
| Quadro n.º2: Temas a abordar nas sessões de educação para a saúde, por ano de escolaridade..... | 87 |
| Quadro n.º3: Indicadores de Atividade, Atividades e Metas..... | 97 |
| Quadro n.º4: Frequência e percentagem de jovens participantes segundo o género | 97 |
| Quadro n.º5: Nível de escolaridade dos jovens participantes..... | 97 |
| Quadro n.º6: Idade dos jovens participantes..... | 98 |
| Quadro n.º7: Forma como te sentiste durante a sessão..... | 98 |
| Quadro n.º8: Simpatia e disponibilidade dos técnicos..... | 99 |
| Quadro n.º9: Competência e profissionalismo dos técnicos..... | 99 |
| Quadro n.º10: Utilidade dos temas abordados..... | 100 |
| Quadro n.º11: Forma como os temas foram abordados..... | 100 |
| Quadro n.º12: Esclarecimento de dúvidas..... | 101 |
| Quadro n.º13: A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais..... | 101 |
| Quadro n.º14: Grau Satisfação em geral..... | 102 |
| Quadro n.º15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enferma- gem..... | 108 |

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, do 2.º ano/1.º semestre, do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, sob a orientação da Professora Doutora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, e com coorientação do Prof. Dr. António dos Reis Arco.

O respectivo estágio foi realizado na Escola Secundária de São Lourenço, em Portalegre.

Na unidade curricular referida, foi inicialmente elaborado um projecto de intervenção em grupo, que se operacionalizou através da realização de um diagnóstico de saúde com o objetivo de perceber quais atitudes dos adolescentes da escola Secundária de São Lourenço face à sexualidade.

Após a conclusão do referido diagnóstico de saúde, elaborou-se o projeto partilhado com outros colegas mestrandos, e posteriormente o Projecto Individual onde foram definidos quais os objetivos e competências que pretendíamos desenvolver durante o estágio, face aos pressupostos definidos para a especialização de saúde comunitária.

Concretamente, a realização do estágio, procura dar resposta aos problemas e necessidades de saúde identificadas (no diagnóstico) através da elaboração e concretização de acções de educação para a saúde na área dos afectos e da sexualidade, com jovens nesta comunidade escolar.

Assim, o presente relatório procura evidenciar todo o processo de aprendizagem, a partir da revisão da literatura, metodologia do planeamento em saúde bem como o reforço das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

Este conjunto de competências, será o referencial de análise e o fio condutor para todas as actividades realizadas.

A temática central do trabalho é a **Sexualidade na Adolescência**.

Deste modo, como objetivo geral definimos:

- Analisar, reflectir e descrever o nosso projecto individual de intervenção comunitária, desenvolvido no âmbito do estágio curricular, e com base nas competências profissionais do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária

Complementarmente, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de especialização;
- Aprofundar a metodologia do planeamento em saúde, através de um projecto de intervenção comunitária;
- Aplicar a Teoria cognitivo social de Albert Bandura, como suporte as intervenções de educação para a saúde
- Efectuar uma avaliação global do estágio, através de um processo reflexivo e com base na qualificação atingida

A saúde e educação estão intimamente unidas, e quando trabalhadas em conjunto, estas podem contribuir para a oportunidade de desenvolver mais eficazmente o potencial do ser humano.

A disciplina da educação para a saúde, é uma das disciplinas mais recentes no âmbito das ciências da saúde, tendo vindo sistematicamente a complementar os seus conceitos a partir das orientações e patrocínio da Organização mundial de Saúde (OMS), a partir dos consensos obtidos através dos documentos de referência, discutidos e consensualizados nas grandes conferências internacionais designadamente: Alma Ata (1978) Ottawa, (1986). Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Jacarta, 1997; Cidade do México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009. Onde se consolidaram os princípios fundamentais para as ações de promoção da saúde.

A 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsínquia na Finlândia de 10 a 14 junho de 2013, reforça a proposta da “Saúde em Todas as Políticas como parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas, devendo permanecer um elemento-chave no processo de elaboração da Agenda pós 2015 (WHO, 2013:2).

O Plano Nacional de Saúde para os anos 2012-2016, traduz na sua visão a necessidade de “Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”. (MS, PNS, 2013:17).

Em 2006 o Alto-Comissário da Saúde a quem compete a coordenação dos Programas Nacionais aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), através do Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.

A Direcção-Geral da Saúde a quem compete orientar tecnicamente o Programa, divulgou-o através da Circular Normativa n.º 7/DSE de 29/6/06.

Este programa, estabelece as suas orientações com base na evidência científica, que tem vindo a revelar que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, (associados ao ambiente e aos estilos de vida dos indivíduos), podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através do programa de saúde escolar, pois estes visam contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens escolarizados (Ministério da Saúde, 2006) (PNSE, 2006).

Neste sentido, os projetos no âmbito da Saúde Escolar, baseados nos pressupostos do Plano Nacional de Saúde Escolar, constituem uma forma de planeamento em saúde, permitindo racionalizar recursos de saúde e tornar mais eficiente o processo de atuação, de modo a capacitar o indivíduo a ser pró-ativo no seu processo de vida e de saúde (Rocha, 2011:89).

É consensual ao nível da produção científica, que na adolescência os jovens começam a afirmar a sua independência e a tomar decisões que podem vir a ter repercussões para toda a vida, isto porque “ao mesmo tempo em que procuram definir a sua identidade e a encontrar uma certa estabilidade, têm que lidar com mudanças afectivas e físicas profundas, associadas à puberdade” (Carrondo, 2006:71).

A OMS citada por Ferreira et al., (2004:133) define a sexualidade como

“uma energia que nos motiva a procurar contacto, amor, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

Neste sentido, os adolescentes vivenciam muitos problemas relativamente à sua sexualidade, referindo Vilar (2003:14) que “ a sexualidade é uma dimensão do corpo, da vida, do relacionamento interpessoal e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora de bem-estar, de crescimento, de auto realização, mas também e, simultaneamente, de conflitos e sofrimento”.

É perante estes pressupostos, que o enfermeiro especialista de saúde comunitária pode desenvolver um importante papel, referenciados no preambulo do Regulamento n.º 128/2011 pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos seguintes termos:

A enfermagem comunitária (...) desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. (...) Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde (OE, Regulamento n.º128,2011:8648).

Deste modo, e tendo por base os pressupostos da saúde comunitária, a educação para a saúde, e mais especificamente a educação sexual, é a escola o espaço privilegiado para desenvolver estas estratégias tal como identificado no Plano Nacional de Saúde Escolar

“A Escola é, por excelência, um local privilegiado para a melhoria da literacia, que é muito mais do que aprender a ler, escrever e contar. A Escola é igualmente um local propício à promoção da saúde e ao exercício da cidadania plena, assente nos valores da equidade e da universalidade.” (PNSE, 2014:1)

Na elaboração deste relatório de estágio, a escolha recaiu sobre três estratégias, designadamente: análise documental, metodologia do planeamento em saúde e análise quantitativa, no tratamento do questionário de satisfação (parte das perguntas fechadas) através do programa SPSS® versão 21.0 para Windows, recorrendo à estatística descritiva com a análise de frequências absolutas e percentagens.

Concretizando, como **Objetivo Geral** do estágio definimos:

- Contribuir para a promoção de uma sexualidade saudável e responsável, dos jovens do 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre através de sessões de educação para a saúde.

Como **Objetivos Específicos**:

- Conhecer as percepções dos jovens sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas relativas à vivência sexual;
- Estruturar as acções a desenvolver, com base nas necessidades identificadas junto dos jovens;
- Implementar as acções previstas de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual;
- Contribuir para a informação dos jovens sobre os comportamentos sexuais de risco e doenças sexualmente transmissíveis;
- Promover a tolerância e o respeito pela identidade sexual dos jovens;
- Alertar para as consequências e os riscos da gravidez na adolescência;
- Ajudar os jovens a compreenderem a mudanças físicas, psicológicas e sociais durante a puberdade/ adolescência;
- Avaliar a satisfação dos jovens relativamente às acções de educação para a saúde efectuadas.

Estrutura e apresentação

Do ponto de vista estrutural e de apresentação este relatório está organizado em duas partes e sequencialmente dividida em 10 capítulos.

A primeira parte contextualiza o enquadramento teórico relativo à elaboração e implementação do nosso projeto de intervenção comunitária, sendo abordada a metodologia do planeamento em saúde e o papel do enfermeiro no planeamento em saúde.

No ponto seguinte, abordasse o conceito de sexualidade humana, a abordagem da sexualidade do adolescente pela enfermagem.

No terceiro capítulo referem-se as fontes de informação e o papel dos serviços de saúde.

No quarto capítulo abordam-se os conceitos da educação para a saúde, e o papel da enfermeira como agente promotora da saúde face às competências específicas da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária

A segunda parte é destinada ao enquadramento prático, na qual descrevemos o nosso projeto de intervenção comunitária através de uma componente prática e tendo na sua base a metodologia do planeamento em saúde.

No final, apresentamos as conclusões complementadas pelas competências adquiridas, como enfermeira especialista em enfermagem comunitária

Os documentos elaborados durante o estágio, designadamente, o projecto de estágio individual, os instrumentos de colheita de dados elaborados e a planificação pedagógica das sessões de formação apresentadas são remetidos para anexos.

Este relatório foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Parte 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O denominado movimento da saúde pública, tem vindo ao longo dos tempos, a sofrer transformações e modificações na forma de compreender e responder aos problemas que afetam as pessoas nos seus territórios.

Consequentemente, a evolução da promoção da saúde tem vindo a consolidar um conjunto de conceitos,

“como os das perspectivas socioecológica e salutogénica, da abordagem holística e multissetorial, da preocupação com o desenvolvimento sustentável, do compromisso para a justiça social e equidade, da abordagem participativa de capacitação individual e comunitária, e do respeito e sensibilidade face à diversidade cultural” (Dias & Gama, 2014:307).

A promoção da saúde tem vindo, assim, a procurar dar respostas às questões de saúde através do desenvolvimento do seu corpo teórico, da investigação e do trabalho no terreno com as pessoas.

No sentido de melhor compreender os processos relativos à complexidade das questões da saúde o planeamento em saúde tem contribuído para a complementaridade das diferentes abordagens metodológicas.

De acordo com Teixeira (2005:49). “O planeamento consiste em determinar antecipadamente o que deve ser feito para que se consigam os objetivos pretendidos, e como fazê-lo”.

Ao nível dos cuidados de saúde é consensual, que o planeamento é uma importante estratégia face aos ganhos em saúde das pessoas, logo este surge como de enorme importância face os recursos cada vez mais escassos e necessidades ilimitadas.

Assim o acto de planear “é inerente ao homem por se situar no presente, fazer referência ao passado e estabelecer projeções para o futuro. Por isso, faz parte de sua realidade e reforça o uso da racionalidade para melhorar suas atividades e condutas” (OPAS/OMS, 2014:11).

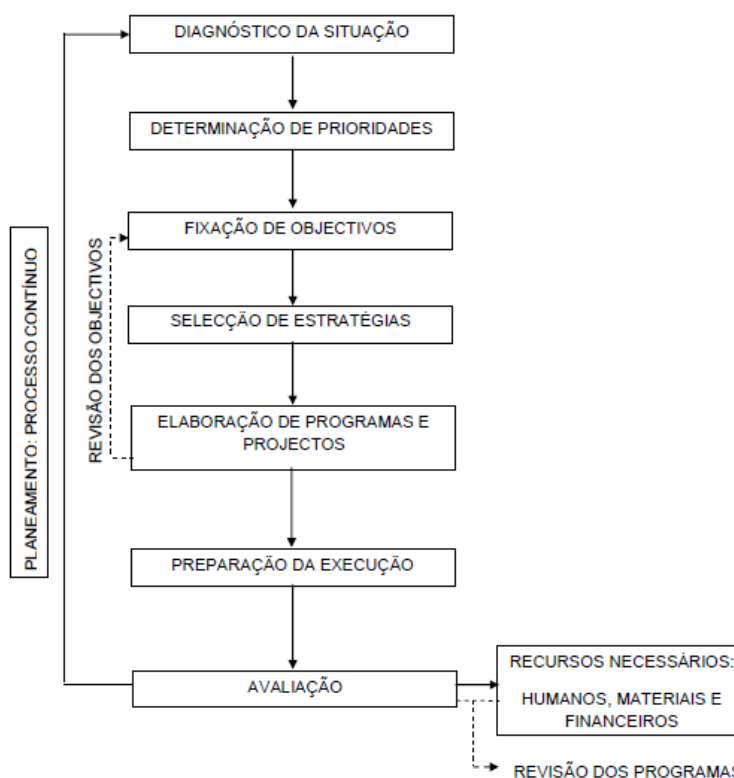
De acordo com Tavares, (1990:29) “em saúde, planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”

O mesmo autor reafirma “Subjacentes ao Planeamento da Saúde, encontramos dois princípios básicos de qualquer distribuição de recursos: um princípio de equidade e um princípio de eficiência.” (Tavares, 1990:14).

Relativamente ao planeamento em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2010), refere que a metodologia do planeamento em saúde é uma importante ferramenta de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, visto ser uma das competências específicas o estabelecer da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, através da metodologia do planeamento em saúde.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:29), as etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área sendo que esta estratégia deverá seguir determinadas fases, designadamente: **“Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Selecção de estratégias; Preparação da execução e Avaliação”**, e ilustradas na figura n.º1.

Figura 1: Etapas do Processo de Planeamento em Saúde



Fonte: Imperatori & Giraldes (1982:10). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.

A primeira etapa no processo de planeamento em saúde é o **Diagnóstico da Situação**. Este, procura responder às necessidades da população beneficiária.

Tavares (1990) refere que para se poder fazer um diagnóstico da situação é fundamental considerar dois conceitos: problema e necessidade. Para o autor “ (...) um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade (...)”, enquanto que “(...) a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir.” (Tavares, 1990:51).

As necessidades podem ser reais ou sentidas e, dentro das necessidades sentidas, podemos distinguir as expressas e as não expressas. Assim, ao elaborar o diagnóstico da situação, estamos a identificar problemas e a determinar necessidades.

Tavares (1990) vai ao encontro de Imperatori & Giraldes (1983) ao definir as características que o diagnóstico da situação deve possuir:

“Deve ser:

1. Suficientemente alargado;
2. Suficientemente aprofundado;
3. Sucinto
4. Suficientemente rápido;
5. Suficientemente claro;
6. Corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (da saúde, da formação,...).” (Tavares, 1990:53).

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde corresponde à **Definição de Prioridades**. Trata-se, basicamente, de um processo de tomada de decisão.

Imperatori & Giraldes (1993:64) definem que:

“a existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).”

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados, recorre-se à utilização de critérios que possibilitarão ordenar os problemas em prioridades. Para tentar excluir a carga subjectiva e tornar esta etapa tão objetiva quanto possível referirmos três critérios definidos pela OMS em 1965 e que se tornaram clássicos. São eles “ (...) a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão, a transcendência, valorizando as mortes por grupos etários e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção.” (Tavares, 1990:86).

Além destes, existem outros critérios que têm vindo a ser utilizados na determinação de prioridades:

“Evolução: consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente;

Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências: nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações;

Conformidade legal: o argumento para a sua inclusão são as facilidades existentes na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;

Atitude da população: a receptividade, insatisfação, comprometimento ou grau de controlo da população sobre um problema podem também ser elementos a ponderar na escolha de prioridades;
Fatores económicos: problemas que determinem uma grande despesa ou com efeito negativo na produtividade ou cuja solução aumente o nível de emprego poderão ter maior prioridade.” (Imperatori & Giraldes, 1983:66).

A etapa seguinte do processo de planeamento é, a **Fixação de Objetivos**.

Esta etapa revela-se de extrema importância, visto que sem a definição de objetivos não nos é possível saber onde pretendemos chegar, não sabendo assim se conseguimos atingir o que pretendíamos.

Deste modo, os objetivos fixados devem ser formulados de maneira a “(...) precisar os resultados que se podem obter, em relação a quem, em que tempo, e em que espaço.” (Tavares, 1990:102). Este autor refere ainda que “ (...) os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo.” (Tavares, 1990:113).

Apontam-se quatro características de tipo estrutural a considerar na formulação de um objetivo:

- “- Pertinente, adequando-se às situações que suscitaram a intervenção;
 - Preciso, contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definindo o novo estado pretendido;
 - Realizável, não sendo um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado;
 - Mensurável, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.”
- (Tavares, 1990:116).

Tavares (1990), refere que existem cinco elementos a ter em conta na construção dos objetivos: natureza do que se pretende investigar, critérios de sucesso ou de fracasso, população-alvo, local de aplicação e a definição do tempo para se atingir.

Para a concretização da etapa de definição de objetivos, Imperatori & Giraldes (1983:77) apontam quatro fases a percorrer:

- “- A seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objetivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.”

No que diz respeito aos indicadores, refira-se que “(...) um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.” (Tavares, 1990:120).

A característica essencial de um indicador é que este avalie convenientemente aquilo que na realidade se quer medir. Consideram-se dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacto: medem as “(...) alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema.” (Tavares, 1990:120).

- Indicadores de atividade ou de execução: medem a “(...) atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.” (Imperatori & Giraldes, 1983:78).

Relativamente, à determinação da tendência dos problemas, esta consiste na “(...) determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural no passado, e caso as condições atuais, tecnológicas e outras, se mantenham.” (Tavares, 1990:122).

Podemos assim avançar para a fase seguinte, procedendo-se à fixação dos objetivos, sendo estes entendidos como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.” (Imperatori & Giraldes, 1983:79).

Objectivamente a definição de objetivos não se revela um processo fácil, pelo que face a esta complexidade, sentiu-se a necessidade de passar de objetivos muito complexos a objetivos mais específicos, surgindo assim o conceito de *objetivo operacional* ou *meta*.

O objetivo operacional (ou meta) define-se como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.” (Imperatori & Giraldes, 1983:80).

Aqui, é importante fazer a distinção entre objetivo (que se traduz em indicadores de resultado) e meta (ou objetivo operacional) no que diz respeito ao prazo de avaliação;), sendo que o fixar objetivos “consiste em definir exactamente para onde se vai. A forma como se lá chega é parte integrante da seleção de estratégias, etapa seguinte do processo de planeamento.” (Tavares, 1990:136).

Na fase de **Seleção de Estratégias** são propostas as novas formas de atuação. Uma estratégia em saúde é definida como “(...) o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas como fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1983:87).

Os mesmos autores consideram as seguintes fases na elaboração das estratégias de saúde:

- “- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias.
- Enumerar as modificações necessárias.
- Esboçar estratégias potenciais.
- Escolher as estratégias mais realizáveis.
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas.
- Estimar os custos das estratégias.
- Avaliar a adequação dos custos futuros.
- Rever as estratégias e os objetivos (se necessário) ” (Imperatori & Giraldes, 1983:87).

Porter (2001) enfatiza que a estratégia é a opção, que tanto nos dirá o que deve ser feito, como também nos indica o que não deve ser feito, logo estratégia é sinonimo de escolha, logo é necessário escolher quais as necessidades de saúde a que pretendemos dar resposta.

Com Oliveira (2006:194) conclui-se que: “estratégia é definida como um caminho, ou ação formulada e adequada para alcançar, de maneira diferenciada, as metas, e os objetivos estabelecidos”.

Esta fase do planeamento requer um grande conhecimento sobre o problema em estudo, ao mesmo que o levantamento de problemas similares pode ajudar na definição de estratégias ganhadoras e de sucesso.

Contudo, é fundamental ter em conta os custos e as necessidades de recursos, relativamente a cada uma das estratégias formuladas.

A etapa seguinte diz respeito à **Elaboração de Programas e Projetos**.

Antes de mais, é importante fazer a distinção entre programa e projeto. Um programa pode definir-se como “ (...) o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo.” (Imperatori & Giraldes, 1983:129). Por sua vez, um projeto “ (...) é uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1983:129).

Um programa distingue-se de um projeto na medida em que o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.

Para a elaboração de um programa é fundamental ter em consideração as suas principais componentes: a identificação do programa, os objetivos operacionais ou metas, a tecnologia e os recursos necessários ao programa, o custo do programa e o seu financiamento. Assim, definem-se as atividades específicas do planeamento em função dos objetivos operacionais estabelecidos.

Cada atividade a ser desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros:

- “1 – o que deve ser feito;
- 2 – quem deve fazer;
- 3 – quando deve fazer;
- 4 – onde deve ser feito;
- 5 – como deve ser feito;
- 6 – avaliação da atividade;
- 7 – se possível: o objetivo que deve atingir;
- 8 – eventualmente: o custo da atividade”. (Tavares, 1990:169).

De seguida, toma lugar a fase de **Preparação da Execução**.

É uma fase onde se procura facilitar a realização das atividades através do conhecimento das inter-relações entre estas, evitando sobreposições e a excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizando entraves na execução e prevendo recursos necessários.

Segundo, Imperatori & Giraldes (1993)

“A especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projeto; preparar uma lista das actividades do projecto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto.” Imperatori & Giraldes (1993:149)

Segundo Tavares (1990), na preparação da execução existem quatro tipos de planos operacionais que podem estar relacionados com os meios financeiros (orçamentos – determinação de custos), com comportamentos (regulamentos – determinar o comportamento dos indivíduos intervenientes no processo), com métodos (procedimentos – determinar como devem processados os acontecimentos e as atividades) e com o tempo (programações – relação entre o tempo e as atividades).

Por fim, a última etapa do processo de planeamento é a **Avaliação**.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objeto e o objetivo da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”. (Imperatori & Giraldes, 1983:127).

Tavares (1990:205) refere que de acordo com a “(...)Organização Mundial de Saúde (1981), a avaliação é ma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento, integra-se também em cada uma das suas etapas.”

Já em 2001, a OMS definia avaliação como o exame sistemático das características de uma intervenção de forma a produzir informação/conhecimento que as partes interessadas poderiam utilizar para diferentes fins (WHO, 2013).

A principal função da avaliação é determinar o grau de sucesso do planeamento realizado. Para que tal seja possível, é necessário recorrer a critérios e normas. “Um critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador, uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico.” (Tavares, 1990:205).

Brousselle *et al.*, (2011) citado pelo (DGS, 2014:4) propõem a definição que:

“Avaliar consiste em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, através da implementação de um instrumento capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a intervenção ou qualquer um dos seus elementos, para que os diferentes “*stakeholders*” fiquem aptos a traduzir as conclusões em acções”.

Após a realização da avaliação, é proposto regressar à primeira fase do planeamento e proceder à atualização do diagnóstico, melhorando-se assim a informação disponível, e assim sucessivamente, conferindo ao planeamento o seu carácter de processo dinâmico e contínuo.

Assim, com base na colaboração dos diversos intervenientes, o planeamento em saúde

“permite a definição de programas de intervenção em saúde culturalmente adaptados que correspondam às necessidades e expectativas das populações e que, desta forma, se revelem mais eficazes. Através do envolvimento e participação da comunidade na tomada de decisões ao nível do estabelecimento de prioridades, do planeamento e da implementação de estratégias em saúde desenvolve-se o reforço da ação comunitária e a capacitação para alcançar um melhor nível de saúde (Dias & Gama, 2013:313).

Concluimos, afirmando, que a escolha estratégica de usar o planeamento em saúde como ferramenta para intervir na comunidade permitiu-nos elevados resultados de satisfação dos participantes no estudo.

2. A ADOLESCÊNCIA

Quando falamos da adolescência e da saúde dos adolescentes estamos a falar de algo muito mais complexo do que apenas do seu bem-estar físico, visto que para o seu bem-estar contribuem um manancial de variáveis tais como a sua família, a escola que frequentam, os seus amigos e ainda a comunidade onde vivem.

É consensual, ao nível da literatura, que a adolescência é uma fase que se caracteriza pela busca da identidade e da autonomia, visto que os jovens muitas vezes iniciam um processo de afastamento da família, ficando muito mais próximos dos seus amigos, com quem partilham preocupações e as suas experiências, criando se assim um papel de proximidade entre os jovens.

No entanto, os seus amigos também surgem muitas vezes associados ao envolvimento em comportamentos de risco que poem muitas vezes em causa a saúde e bem-estar dos adolescentes. (Matos *et al.*, 2004).

Esta mesma questão foi abordada e desenvolvida através de um estudo de âmbito europeu mas também realizado em Portugal Continental e desenvolvido pela Equipa Aventura Social.

Este estudo que se realiza desde 1986 (ano do estudo piloto) e que se realiza de 4 em 4 anos é denominado Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). O número de países participantes no estudo tem vindo a aumentar e no ano de 2014 participaram de 44 países. Este projecto é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas (Matos *et al.*, 2014).

Deste modo, a adolescência é uma fase da vida dos jovens onde despontam maiores desafios e oportunidades associados à sua saúde. Este é um período de transição onde os jovens se encontram mais susceptíveis à influência do ambiente, que tem um papel muito importante para a sua saúde (Tomé, 2011).

Diversos indicadores de saúde apresentam “um pico ao longo da adolescência, como as taxas de homicídio, as lesões não intencionais, o consumo de substâncias, a condução sob o efeito de álcool e as infeções sexualmente transmissíveis” (Tomé, 2011:9).

Muitas vezes, e face ao entendimento comum, quando pensamos nos adolescentes, associamos a estes comportamentos de risco, consumo de álcool, tabaco e drogas, e comportamentos sexuais de risco.

No entanto, a adolescência efectivamente não é vivida de igual modo por todos os jovens e também tem esta percepção sido comprovado, por diversos estudos realizados (Tomé, 2011).

Assim, e em termos cronológicos, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995) considera adolescente o indivíduo entre os 10 e os 19 anos, e jovem aquele entre 15 e 24 anos.

Se procurarmos ser um pouco mais efectivos poderemos utilizar a classificação definida pela SRA (*Society for Research on Adolescence*) que delimitou a adolescência entre os 10 e os 22 anos de idade, subdividindo-a em três fases: a adolescência inicial (10 aos 15 anos), a fase intermédia da adolescência (entre os 15 e os 18 anos) e a fase final da adolescência (dos 18 aos 22 anos) (Compas, Hinden, & Gerhardt, 1995).

Mas tal como refere (Oliveira *et al.*, 2002), o critério cronológico é privilegiado para distinguir essa etapa evolutiva em direcção à maturidade

Pese embora, as das definições clássicas de adolescência se centrarem na delimitação cronológica, é fundamental enquadrá-la em âmbitos abrangentes como as características biológicas, psicológicas e sociais. Estes aspetos salientam todo o processo de mudanças notórias nas diferentes áreas de vida dos jovens (física, social, emocional, cognitiva) que determinam, quer as funções que terão de desempenhar, quer a alteração da sua própria estrutura até esta fase (Bizarro, 2001).

Se procurarmos ir um pouco mais fundo no processo de definição conceitual, o próprio termo na sua origem a partir do particípio presente do verbo latino verbo latino “*adolescere*”, significa crescer, sendo assim a pessoa que está a amadurecer em termos psicológicos, sociais e orgânicos, aqui em oposição ao adulto “particípio passado do mesmo verbo, o crescido, o maduro “ (Tavares & Alarcão, 2005:39).

Assim, e ainda de acordo com estes mesmos autores, a adolescência é uma fase evolutiva ao longo de três estados de maturação: orgânico, psicológico e social, em que cada um reflete uma fase de transição neste longo período de desenvolvimento que vai desde a infância à idade adulta“ (Tavares & Alarcão, 2005:39).

Efectivamente, a fase da adolescência, é a fase por excelência onde o sentimento de mudança se faz sentir com mais intensidade, com mudanças muito profundas nas suas vidas e nos seus corpos.

Tavares & Alarcão (2005) classificam o adolescente como aquele que está a crescer, a amadurecer do ponto de vista orgânico, psicológico e social e humano, em contraposto ao adulto.

Completando este entendimento, Cordeiro (2009:33-34) menciona que a passagem da criança a adolescente é marcada por “ (...) significados simbólicos de ser adulto, mas nos desempenhos que marcam a adultícia de uma forma menos boa: arriscar a vida, fumar,

beber exageradamente, entre outros. Mais do que dizer sou adolescente parece querer dizer que não sou criança, logo sou um adulto”.

Outro dos termos que é frequentemente utilizado ao nível dos estudos com adolescentes é o termo Puberdade, termo este que se origina nos termos latinos *pubertas* e *pubescere*, que significam apresentar pelos no corpo e atingir a maioridade; o conceito de puberdade, portanto, refere-se às mudanças biológicas e fisiológicas associadas à maturação sexual (Ferreira & Nelas, 2006:141, citando Muuss, 1988).

Recorrendo ao suporte de outras ciências sociais tais como a Sociologia, a Psicologia, elas podem nos ajudar a aprofundar e conceptualizar o nosso objecto de estudo.

Na verdade, existem diferenças face há definição destes conceitos nas diferentes sociedades, face aos seus contextos culturais e sociais, mas em termos das sociedades ocidentais é consensual considerar que a evolução da adolescência (o processo de maturação) processa-se ao longo de três fases: fase inicial, fase intermédia e fase final, que são determinadas pela vivência e aquisição de diversas competências.

Efectivamente, se distinguirmos nesta faixa etária, que se estende dos 11/12 aos 19/20 anos (e que na sociedade dos nossos dias tende a prolongar-se), uma fase inicial (puberdade ou pré-adolescência), uma fase intermédia (adolescência propriamente dita), fase final (juventude), verificamos que em cada uma delas a ideia de transição determina profundamente a personalidade do adolescente. (Tavares & Alarcão, 2005:39).

Deste modo a fase inicial, denominada por puberdade ou pré adolescência, situa-se entre os 11 e os 14 anos; é especialmente nesta fase que se manifestam as mudanças físicas, embora ainda ocorram alterações a este nível nas fases seguintes mas de forma mais subtil. Segundo Tavares *et al.*, (2007:41) a adolescência inicial, ou pré adolescência é marcada “pelas mudanças que acontecem ao nível da estrutura física, ocorrendo também importantes alterações no funcionamento de diferentes órgãos e sistemas, nomeadamente os sexuais. Todas estas modificações irão de alguma forma influir nas demais estruturas do adolescente, cognitiva, emocional e social”.

De acordo com Saito & Silva (2001:42), um dos aspectos marcantes da puberdade é o crescimento físico e a “magnitude” com que este se desenvolve. “na puberdade os adolescentes ganham cerca de 20% da sua estatura final e 50% do seu peso de adulto”.

Segundo Sampaio (2010:4) nesta fase “desenvolve-se uma sexualidade intimista, em que o jovem vive as mudanças corporais e aprende progressivamente a lidar com as fantasias e os impulsos até então desconhecidos”.

Na fase intermédia compreendida entre os 14 e os 16 anos a sua principal característica é o desenvolvimento cognitivo (Sampaio. 2010).

De acordo com Tavares & Alarcão (2005), citado por Tavares *et al.*, (2007:70), “a fronteira entre a adolescência inicial e a intermédia é muito ténue embora a partir de certa

altura se comecem a perceber características bem distintas das adquiridas anteriormente que se traduzem “em comportamentos e atitudes específicos ao nível cognitivo”.

Nesta fase, o adolescente procura uma maior autonomia. Segundo Sampaio (2010:4) “há tendência para a identificação com o grupo de pares, quer no mundo real, quer agora nas redes sociais da internet. Existe um esforço no sentido da autonomia, sendo as manifestações da sexualidade agora mais exteriorizadas.”

É nesta fase, e segundo Saito & Silva (2001:106) que face à “sexualidade, observa-se necessidade de experimentação sexual; as relações tornam-se mais significativas com dúvidas e temores frente a valores sociais e morais”.

Assistimos assim, a mudanças claras do ponto de vista cognitivo, pelo que naturalmente é da máxima importância compreender essas mudanças, mas ao mesmo tempo proceder por exemplo ao nível da escola à planificação de um currículo significativo e na implementação de práticas pedagógicas apropriadas.”

Este processo de reestruturação cognitiva, começa assim na fase inicial e o seu processo evolutivo continua até a fase final da adolescência denominada juventude, considerada entre os 17 e 19 anos, fase esta, onde os aspectos sociais ganham maior preponderância.

Para Sousa (2000:21), “o jovem passa à auto-afirmação do “eu” perante a autoridade dos pais, à afirmação positiva de si mesmo”.

No entender de Tavares *et. al* (2007:67) “estas fases não são estanques nem independentes. As suas principais características encontram-se nas outras fases e interferem na forma como cada uma é ultrapassada.”

Efectivamente, não podemos afirmar qual a idade exacta em que se inicia a adolescência, até porque outras dimensões interferem neste processo, designadamente as características genéticas de cada um, bem como outros factores quer externos quer internos ao organismo.

No entanto, e segundo os autores anteriormente citados, podemos afirmar que este “grupo desenvolvimental passa por um todo experiencial comum, onde as tarefas de desenvolvimento, mais tarde ou mais cedo, são as mesmas para todos os sujeitos, “a readaptação à sua nova imagem e estrutura corporais, o despertar da sexualidade e a aquisição de novas formas de pensamento.” (Tavares *et. al* ,2007:67)

Importa no entanto referir que este desenvolvimento não ocorre da mesma forma entre os rapazes e as raparigas.

A adolescência, envolve um ritmo de mudanças corporais visíveis embora, menos acentuadas que assim se manifestam “por crescer (sem aviso) muito rápida e descoordenadamente, braços e pernas desproporcionados em relação ao corpo, numa altura em que a aparência é tão importante, pode levar a situações de auto apreciação, a preocupações

exageradas, (como o peso, e as medidas) ou, em situações extremas a obsessões limitadoras do quotidiano, dos contactos sociais e da saúde em geral (Frade *et al.*, 2009:67).

Miguel & Gomes (1991) afirmam, que os adolescentes vivenciam um conjunto de transformações e de diversas formas, havendo preocupações não vivenciadas de forma semelhante, por todos os jovens. Todavia, existem outras, como as ligadas ao corpo que são vivenciadas diferentemente conforme o sexo.

O sexo masculino apresenta crescimento do pénis, dos testículos e do escroto, bem como o aparecimento de pilosidade, barba, alterações da voz, primeira ejaculação e musculatura. O odor corporal tende a acentuar-se e a pele adquire mais células sebáceas e, consequentemente, acne.

Enquanto as mudanças genitais tendem a surgir simultaneamente nas raparigas e nos rapazes, estes apresentam um crescimento mais abrupto e tardio no que concerne à estatura, assim como outros indicadores pubertários visíveis (por exemplo, a barba e a voz).

No sexo feminino, as características sexuais parecem surgir gradualmente. De início, surge uma elevação mamária, seguida do crescimento de pêlos púbicos. Nesta primeira fase, inicia-se o processo de distribuição de gordura pelo corpo, denotando o início da silhueta feminina.

Posteriormente, os órgãos genitais sofrem igualmente alterações, nomeadamente ao nível do aumento do útero, vagina, clitóris e lábios vaginais. A estatura desenvolve-se nesta fase e vai progredindo ao longo da puberdade, diminuindo a partir da primeira menstruação, que ocorre numa fase avançada da puberdade (Goossens, 2006).

Na análise do estado da arte, identificamos uma nova questão e que se traduz numa preocupação, designadamente a entrada na vida sexual em idades precoces.

Na base deste problema, estão vários aspetos tais como, o facto dos adolescentes que estão nesta situação se encontram em maior risco para face às infeções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência (Graber *et al.*, 1991).

Outros autores têm vindo a defender através dos seus estudos, que o fator do adolescente iniciar a sua atividade sexual em idades precoces têm mais probabilidade de se envolverem em outros comportamentos que podem comprometer o seu desenvolvimento positivo (Anteghini, Fonseca, Ireland & Blum, 2001; Liu *et al.*, 2006).

Frade *et al.*, (2010) explicam que a sexualidade tem percalços, uns evitáveis outros inevitáveis e que outros resultam da própria complexidade dos adectos com elas relacionadas, das expectativas e frustrações, dos amores e desamores e da forma como foram vivenciados desde criança, os aspetos relacionados com o estabelecimento de relações diferentes, com a descoberta dos outros, com as modificações corporais, etc.

Em termos de síntese, e olhando para o perfil de comportamentos entre os rapazes e as raparigas adolescentes, podemos afirmar e citando Matos *et al.*, (2003:67), que aponta

os rapazes como "mais virados para o mundo" e as raparigas como "mais voltadas para elas próprias".

Com referência ao nosso levantamento bibliográfico podemos assim considerar a adolescência com uma etapa do desenvolvimento humano entre a infância e a idade adulta, sendo que no entendimento de Tavares *et al.*, (2007:66) este período como sendo talvez “o mais desafiante e complexo que o ser humano experiencia.”.

Sendo no entanto crucial que no final da adolescência, o jovem deve estar capacitado para se emancipar da tutela parental, estabelecer relações de intimidade amorosa, comprometer-se num conjunto de objetivos de vida que fomentem a autonomia, a responsabilidade, a capacidade de decisão e assunção de um código de valores pessoais (Dias e Fontaine, 2001).

Deste modo na adolescência, (ao contrário do que se passa na infância), os jovens começam a ter a capacidade de se aperceberem de mais do que um pormenor de uma mesma realidade e de integrar vários aspectos de uma situação e/ou objeto, formando um quadro mais completo do que se passa, razão pela qual, esta fase do desenvolvimento humano será a ideal para se trabalharem as questões da educação para a saúde.

Segundo Martins (2007:19) “la adolescência es algo mucho más complejo, y dinámico de lo que simplemente es una edad, o un tiempo en la vida, com fechas claras de início y fin.”

2.1 SAÚDE DO ADOLESCENTE

Sendo o foco deste nosso trabalho o período da adolescência mas na perspectiva da enfermagem, não poderíamos deixar de abordar as questões relativas à saúde dos adolescentes.

Os primeiros estudos sobre a saúde dos adolescentes, são do início do século XX, sendo a primeira publicação médica conhecida publicada em 1918, e com o título de “O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford”, de Amália Gates, enumerando os principais problemas de saúde dos adolescentes, que haviam sido tratados naquela instituição, trabalho este, publicado na revista *Archives of Pediatrics* intitulada “ O trabalho da clínica de adolescentes da Faculdade de Medicina da Universidade de Stanford” (Silber,1995).

No entanto, e segundo a literatura, os cuidados médicos modernos ao adolescente tiveram, o seu início, aquando da criação da Unidade de Adolescentes, no hospital infantil de Boston, em 1951 (Silber,1995).

Paralelamente, a preocupação com a saúde dos adolescentes tem estado presente na maioria dos países da Europa, com a criação de serviços específicos vocacionados para os adolescentes, mostrando a história que as questões de saúde do adolescente, desde sempre tem vindo a ter uma abordagem generalizada e multidisciplinar (Gallanger, 1982).

No que nos foi permitido levantar, e face ao histórico produzido, Portugal só se preocupou com a saúde deste grupo etário a partir dos anos setenta, como aconteceu com outros países embora, só a meados da década de 80 é que apareceram projetos que incrementaram a promoção da saúde, atendimento, investigação, formação, planeamento e organização de cuidados dos adolescentes.

Portugal, a partir dessa data, foi alvo de grandes mudanças sociais e económicas, e que naturalmente tiveram também impacto nos níveis de saúde dos adolescentes.

As primeiras referências que encontramos relativas a implementação das questões relativas à educação sexual nas escolas, são referentes a 1978, ano em que se legislou pela primeira vez sobre estas matérias.

Entre 1995 e 1998 Associação para o Planeamento da Família em parceria com o Programa de Promoção e Educação para a Saúde desenvolveram o projeto “ Educação Sexual e Promoção da Saúde nas escolas: Um projeto experimental”.

Atualmente, é objetivo a generalização de projetos e atividades de Educação sexual nos vários níveis de ensino (Matos, 2004).

No ano de 1997 tornou-se obrigatório a educação para a sexualidade nas escolas.

É frequente a abordagem relativa aos comportamentos de risco que os adolescentes assumem no plano sexual, gravidezes não desejadas, relações sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, assim como no plano psicofisiológico como por exemplo, conduzir a altas velocidades, pondo em risco as suas vidas, sendo que anteriormente as causas da mortalidade e morbilidade nos adolescentes estavam associadas a fatores de ordem biomédica, hoje essas causas estão fundamentalmente associados aos fatores de origem social e comportamental (Irwin, Burg & Uhler, 2002).

Deste modo, deveremos considerar que os comportamentos e estilos de vida são variáveis determinantes para a saúde e qualidade de vida dos adolescentes.

É com base nestas preocupações o Conselho da Europa ou a Organização Mundial de Saúde traduzem nas suas diretivas a prevenção primária como uma parte necessária nos programas nacionais de saúde e educação (Matos, *et al.*, 2011).

O que os estudos nos mostram, “são associações privilegiadas entre determinadas variáveis (pessoais, comportamentais, familiares ou ambientais) que possibilitam, através de organização de constelações mais ou menos invariantes, a elaboração de constructos teóricos, como sejam os determinantes de saúde.” (Nabais, 2014:15).

A Direcção Geral de saúde no seu relatório de 2013, e relativamente aos determinantes de saúde relativos aos estilos de vida, identificava o tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas como os mais preocupantes, pois embora estes últimos dados apontassem para um ligeiro decréscimo ao nível dos consumos, sendo que, os indivíduos jovens bebem com muito mais intensidade bebidas com um teor alcoólico muito mais elevado (Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, 2013).

Outra constatação, foi a correlação do factor crise económica e o aumento de comportamentos de risco por parte dos adolescentes, nomeadamente face ao consumo de estupefacientes (OPSS, 2013).

Relativamente a esta questão traduzimos como nossa a preocupação, que em fases de contração económica, ao nível da saúde assistimos a uma diminuição das actividades preventivas em oposição as respostas às situações agudas das doenças (OPSS, 2014).

No entanto, a relação entre comportamentos de risco a adolescência aparece como uma constante na abordagem da literatura.

Para Matos *et al.*, (2004:125), e o que se manifesta nos seus comportamentos “a adolescência é entendida como um fenómeno evolutivo, onde se encontram problemáticas anteriores e actuais, gerando uma espécie de revolução, com a possibilidade de eclosão de manifestações psicopatológicas, em que a psicopatologia no adolescente pode ser reflexo de uma “paragem ou distorção da harmonia do desenvolvimento psíquico”

Parece ser importante e mesmo desejável que os jovens corram riscos, uma vez que estes são fundamentais para um desenvolvimento psicossocial harmonioso e adaptativo à vida adulta. “O importante é balizar e moderar o risco para níveis aceitáveis e, neste aspecto, a família tem desde logo um papel fundamental, não só como modelo mas também como modulador de atitudes e posturas reflectidas e responsáveis” (Nabais, 2014:69).

No entanto, alguns estudos têm procurado compreender os motivos que levam os adolescentes e jovens adultos a terem comportamentos de risco mais frequentes que indivíduos mais velhos.

Face a estes comportamentos, refere Ramos (2004: 150) é importante “analisar as interacções dos indivíduos nos seus contextos, o estudo do desenvolvimento e da saúde nas situações em que ocorrem, o que permite analisar factores de risco, factores protectores e factores que interferem no indivíduo e no ambiente”; sendo assim fundamental nas abordagens de saúde aos adolescentes intervir sobre os factores de risco e protecção.

Neste sentido, a expressão relativa a “factores de risco”, designa condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de resultados negativos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. Esta noção envolve as probabilidades de sofrer um dano, a possibilidade se ser submetido a um perigo ou traumatismo com consequências para o seu futuro.(Jessor *et al.*, 1991).

Com pudemos constatar, as situações de risco dizem respeito a situações concretas em que os indivíduos podem tomar decisões sobre elas, sendo que no seu desenvolvimento podem ser comprometedoras do desenvolvimento normal do jovem, mas sua globalidade os factores protectores “envolvem invariavelmente, dimensões internas, interrelacionais e ambientais que, no seu conjunto e em articulação, podem auxiliar na predição do comportamento saudável” (Nabais, 2014:76).

Neste pressuposto, (Simões, 2000, 2005, 2007), refere que é importante destacar quatro questões importantes nos cenários da prevenção:

- (1) a necessidade de uma intervenção precoce,
- (2) que promova os factores de protecção dos comportamentos de risco;
- (3) que envolva os principais contextos de vida;
- (4) que seja delineada para vários comportamentos alvo.

Neste sentido, as escolas portuguesas incluíram desde há alguns anos, uma área curricular de educação para a saúde, sendo uma das suas áreas a promoção de uma sexualidade saudável (GTES 2005, 2007).

Alguns dos trabalhos de investigação sobre a adolescência, apontam que os na maioria dos países europeus, os jovens entre 14 e 16 anos passam cerca de dois terços do seu tempo na escola (Matos, 2003). Neste sentido, acresce o papel de extrema importância que deverá ser dado à escola como o ambiente propício às aprendizagens que promovam a saúde.

Segundo a WHO (2001) uma escola promotora da saúde deve ser considerada uma fonte de desenvolvimento de comportamentos orientados para a promoção da saúde.

3. SEXUALIDADE HUMANA

Nos tempos que vivemos, a sexualidade tem vindo a viver uma silenciosa revolução, libertando-se de muitos dos problemas que vinham acompanhando as gerações anteriores na sua relação com o corpo.

Organização Mundial de Saúde (OMS) define a sexualidade como: “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (PAHO/WHO, 2000:6).

Em 2001, a WHO reformulou este conceito, denominando-a como

“um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, os papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interacção de factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais” (p. 3).

Na verdade, a adolescência é uma fase em que a sexualidade e as questões relativas a esta estão muito presentes., e sendo que hoje em dia os podemos abordar sem muitos dos constrangimentos que na nossa adolescência predominavam.

A evidencia da sexualidade esta no dia-a-dia das pessoas, nos meios de comunicação social, na publicidade, sendo que nunca vivemos momentos tão “sexualizados” como os que hoje vivemos.

Segundo Vilar (2002) citado por M. Martins (2007:38), a sexualidade é “una dimensión del cuerpo, de la vida, de las relaciones interpersonales y de las dinámicas sociales, potencialmente generadora de bien estar de desarrollo y autorealización y sigue siendo, sin embargo, fuente de conflictos, y sufrimento”.

A Organização Mundial de Saúde define sexualidade, como sendo

“uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental” citado por Reis & Matos, (2010:71).

A sexualidade é assim parte integrante do desenvolvimento humano, e tal com referencia Braconnier e Marcelli (1998:95) “a sexualidade não começa com a adolescência e já

Freud, um dos primeiros, mostrou que muito cedo a criança desenvolvia uma curiosidade em relação à coisa sexual“

Sprinthall & Collins (2008:405) também referem que a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”

É durante a adolescência que a sexualidade é consolidada marcando a passagem da infância para a idade adulta.

Vieira (2012) investigou que, para os jovens, a aquisição de uma sexualidade activa surge como uma consequência lógica do próprio desenvolvimento e trajectória juvenil, e a ideia de aguardar pelo casamento para iniciar actividade sexual, revela-se como ultrapassada. Os jovens conferem importância ao relacionamento sexual, como forma de dar continuidade ao relacionamento amoroso.

A sexualidade na adolescência reproduz a convergência de "sentimentos sexuais" de “atitudes sexuais” e de “comportamentos” resultantes da interação, sendo que estes que podem ser modificados por pressões sociais de grupo.

Hoje em dia, os jovens traduzem nos seus comportamentos referenciais e sentimentos que a sexualidade envolve, muitas vezes associamos o comportamento sexual aos comportamentos de risco, sendo por isso pertinente a existência de espaços próprios para os jovens poderem ser ouvidos e “ajudados” por pessoas com formação na área de forma a construírem uma sexualidade mais saudável.

Deste modo, a sexualidade na adolescência deverá ser alvo de um atento processo por parte dos serviços de saúde e das escolas no sentido de trabalhar com os jovens as problemáticas relativas à promoção da saúde.

3.1 A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade é uma dimensão fundamental da vida humana, que se expressa nas práticas e desejos que estão ligados à afetividade, ao prazer, aos sentimentos e ao exercício da liberdade individual e da saúde, não se limitando ao que os indivíduos fazem, mas centrando-se no que são (Ramiro, 2013).

Adolescência é um período de transformações, e questionamentos e particularmente relacionadas à sexualidade e ao sexo. Mas a sexualidade é intrínseca a vida e à saúde e bem-estar dos indivíduos.

Numa breve síntese face ao estado da arte, podemos classificar a sexualidade na adolescência em três momentos, designadamente:

Adolescência precoce (10 aos 14 anos): Esta é a fase em que ocorre a grande transformação biológica, em que o comportamento sexual depende destas mudanças físicas. Aqui a sexualidade ainda é indiferenciada e a masturbação é a conduta sexual mais frequente.

As mudanças do corpo, são mais rápidas do que a capacidade dos adolescentes de assimilarem cada nova imagem que surge. Sintomas hipocondríacos e psicossomáticos são frequentes, como: bulimia, anorexia, cefaleias, alergias, depressão, etc.

É nesta fase que a sexualidade é autoerótica, ou seja, o jovem está mais direcionado para si mesmo e para a autodescoberta, como consequência das alterações do seu corpo. No entanto, entrar em contacto com o seu próprio corpo modificado é algo que quase sempre provoca um certo desconforto no adolescente, (Brás, 2008).

Adolescência média (15-16 anos): É nesta fase que os adolescentes vão começando a definir, lentamente a sua orientação sexual. A procura de estabelecer relacionamentos é um dos desejos sentidos nesta etapa de vida.

O relacionamento amoroso geralmente inicia-se nesta fase. Já há uma aceitação maior das transformações físicas, resultando em um corpo adulto com capacidade reprodutiva. As meninas tendem a usar roupas que expõem seu corpo. No namoro as carícias são progressivas até culminar com a relação sexual genital, que ocorre geralmente nesta fase.

A sexualidade contribui com a auto-estima do jovem e faz parte da formação da identidade do indivíduo.

É durante a adolescência que se define e se consolida a identidade sexual. Pode haver relacionamentos e fantasias homossexuais que não implicam uma homossexualidade futura e sim uma experiência sexual, (Brás, 2008).

Adolescência tardia (17 a 20 anos): Nesta fase, a identidade sexual já está definida e a maior estabilidade afetiva favorece a busca de um objeto amoroso único, o namoro apaixonado é aqui muito frequente.

À medida que há maior maturidade psicológica e social, os adolescentes evoluem para a independência económica da família e para um relacionamento afetivo mais duradouro.

No período final da adolescência, o jovem sente-se mais independente, não dependendo tanto do grupo de amigos, procurando um(a) parceiro(a), apresentando uma maior capacidade de desenvolver afetos e manifestando um maior cuidado com o objeto amoroso, (Brás, 2008).

É importante que o adolescente tenha o conceito de sexualidade bem clarificado e definido, não associando apenas a algo físico, mas sobretudo que este esteja relacionado com sentimentos, afetos e emoções.

O final da adolescência caracteriza-se essencialmente pela superação do desafio de procurar a sua identidade e liberdade, conquistas que dependem do afastamento das figuras parentais da infância vistas como principais cuidadores, e do reconhecimento da sua individualidade. O que importa, nesse momento, é libertar-se dos pais, construindo caminhos para a vida adulta.

É uma fase de experimentação sexual, que geralmente não influi na identidade sexual adulta futura. A identidade sexual adulta define-se e afirma-se durante todo o processo evolutivo pela identificação. Segundo Werebe (1979), “a orientação sexual de um indivíduo está mais ligada ao sexo que lhe foi atribuído aquando do nascimento e à atitude do ambiente do que ao sexo propriamente dito”.

Segundo López e Fuertes (1998), citado por Sousa (2000:41), “Com as mudanças biofisiológicas, psicológicas e sociais verificadas no período da adolescência, vai-se produzir outra importante mudança no adolescente: a especificação da orientação sexual”.

Segundo Sadock (2005), citado pelo GTES (2007:16), “Na prática escolar, interessa saber que a sexualidade depende de quatro factores psicosexuais (que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamento sexuais): a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.”

Deste modo, a orientação sexual refere-se ao objecto de interesse sexual e de desejo. Desta forma o indivíduo pode ser heterossexual (interesse pelo sexo oposto), homossexual (interesse pelo mesmo sexo) e bissexual (interesse pelos dois sexos).

Segundo o GTES (2007:17) “o comportamento sexual inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as tentativas com o objetivo de obter gratificação de necessidades sexuais”.

A sexualidade é um modo de ser, de se manifestar, de comunicar com os outros, de sentir, de expressar e de viver o amor humano. Estes sentimentos traduzem sempre diferentes processos sobre os quais a ciência tem dificuldade em encontrar um denominador comum.

Em termos descritivos o processo de construção da identidade de género ou orientação sexual “corresponde a um comportamento de génese psicológica que apesar de se poder associar à qualidade biológica da pessoa, pode apresentar tendência inversa ou mesmo inversão... uma massa de convicções, para além do seu fundamento biológico, se formam a partir das atitudes parentais e filtradas pela personalidade do indivíduo.” (Afonso, 2007:332)

No entanto, alguns dos estudos empíricos vão no sentido de identificar que o processo de identificação sexual, concretamente nas designadas minorias sexuais (GLB – Gays, Lésbicas e Bissexuais), ocorre em idades cada vez mais precoces, quando analisado a partir de diferentes faixas etárias (Antonucci & Cochran, 2011:1).

A contracepção na adolescência é tema de grande relevância, pois o início da actividade sexual, deverá ser acompanhado de forma a se evitar uma possível gestação e habitualmente indesejada.

Neste sentido, os jovens deverão ser aconselhados para um sistema o mais eficaz possível e o número mínimo de efeitos indesejados, numa perspectiva de um mais correcto e adaptado planeamento familiar.

Tal como temos vindo a referir, a adolescência caracteriza-se por intensas modificações de nível físico psicológico. Com o desenvolvimento dos denominados caracteres sexuais secundários, na jovem dá-se a menarca, marcando assim um ponto de passagem na transição da infância para a idade reprodutiva.

Segundo Vicent (2001), citado por Reis & Matos (2007:210), “a contracepção constitui uma importante vertente da Saúde Sexual e Reprodutiva”.

O conhecimento sobre o comportamento contraceptivo dos jovens portugueses tem vindo a melhorar através de diversos estudos que tem vindo a ser realizados.

Num estudo efetuado numa escola secundária a 177 adolescentes com média de idades de 16,2 anos, Silva *et al.*, (2012:8) conclui que “dos adolescentes sexualmente ativos, 45.8% já teve pelo menos um ato sexual sem método contraceptivo”.

Através do projecto “Aventura Social” integrando a rede Europeia Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), conclui-se que 21,8% dos adolescentes já tiveram relações sexuais sendo que a maioria (81,8% dos que tiveram resposta positiva) teve a primeira relação sexual a partir dos 14 anos (Matos *et al.*, 2015).

Outras das conclusões relevantes deste projecto, aponta que relativamente utilização do preservativo (único meio de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis), e nos adolescentes que já tiveram relações sexuais, 17,5% não usaram este método contraceptivo na última relação sexual (Matos *et al.*, 2015).

4. FONTES DE INFORMAÇÃO

Qualificar aquilo a que se designa como Fontes de Informação é crucial para perceber como os comportamentos sexuais dos adolescentes podem ser influenciados por essas mesmas fontes.

Segundo Matos (2003) citado por Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira e Linhares (2006:31), “as fontes de informação mais utilizadas pelos jovens são de longe os amigos, seguida pelos pais, televisão e leituras. Os professores surgem no fim da lista de fontes de informação escolhidas pelos jovens”.

Com base nestes pressupostos, procuraremos abordar 6 fontes de informação que consideramos serem as mais importantes: a família, a escola, os pares (os grupos), a religião e os média.

Consideramos ainda, que os serviços de saúde, e numa perspectiva de promoção da saúde também devem, (em articulação com as escolas ou através de programas próprios), constituir uma fonte de informação.

Sobre estes pontos, é fundamental não esquecer que qualquer uma destas fontes de informação, não existem isoladamente e interagem entre si.

4.1 FAMÍLIA

Família é normalmente considerada como célula básica da sociedade, é o local e o espaço onde se dá lugar ao desenvolvimento físico, psíquico, social e cultural dos indivíduos.

Segundo Ribeiro (2009:9):

“A família tem um papel fundamental no desenvolvimento global da criança e do adolescente, contribui ativamente na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores, e de um modo geral, na saúde e bem-estar dos seus elementos e apresenta uma influência mais intensa na adolescência”.

Neste sentido, a família surge como “o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade.” (GTES, 2007:7).

Também importa referir, que quer o modelo quer a estrutura tem vindo a ser alvo de mudanças acentuadas nos últimos 20 anos, marcando de forma muito intensa, a forma como o modelo de comunicação entre pais e filhos se tem alterado, modificando as relações entre pais e filhos, mantendo no entanto sempre um papel fundamental na construção da maturidade do adolescente contribuído “ativamente na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores, e de um modo geral, na saúde e bem-estar

dos seus elementos e apresenta uma influência mais intensa na adolescência” (Ribeiro, 2011:9).

Neste sentido, o GTES (2007:13) reforça que “a forma como a criança viveu a infância e a maneira como os pais (ou substitutos parentais) lidaram com as questões relacionadas com a sexualidade surgidas nesse período, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência”.

Os mesmos autores ainda referem que,

“a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet constituem modelos e referências muito importantes para alguém que está a fazer o seu percurso pessoal, em busca da identidade e autonomia, só conseguidas no final da adolescência”. GTES (2007:7)

Segundo Martins (2008:8) “numa investigação com 219 adolescentes femininas, examinou-se a comunicação que estas estabeleciam com as suas mães, e observou-se que quanto maior for a comunicação, mais esta poderá afetar positivamente o comportamento sexual adolescente.

Sampaio, Batista, Matos e Silva (2007) referem que

“a família é o espaço emocional privilegiado para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade. Os exemplos dos pais e irmãos, a forma como os familiares comunicam valores e crenças face à sexualidade, os comentários sobre notícias dos jornais, programas de televisão ou sítios da internet, constituem modelos de referência muito importantes para os adolescentes”

Segundo Brás (2012) a composição familiar, o nível de educação e o estatuto socioeconómico, a qualidade da relação familiar, os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais no que respeita a atitudes e valores parentais face aos comportamentos sexuais, foram identificados como influenciadores das atitudes/ comportamentos sexuais protetores ou de risco para a saúde dos jovens.

Concordamos, que a família deve ser o ponto de partida para a educação sexual do adolescente, do que resulta a necessidade de capacitar as famílias para este mesmo papel.

4.2 ESCOLA

A escola é hoje o local onde os adolescentes passam 1/3 da sua vida. Deste modo, é natural que este seja o espaço privilegiado para transmissão de informação, estabelecimento de laços afetivos e relações interpares.

Sendo consensual que a escola com o seu papel formativo, esta não se deve substituir aos pais, devendo sim ser desenvolvido um trabalho conjunto em parceria, relativamente a todos os assuntos e naturalmente também sobre as questões da sexualidade.

A escola com o seu objetivo de socialização, não se pode demitir dessa responsabilidade.

O papel da escola face as questões da sexualidade, tem vindo a ser esclarecido de forma mais concreta nos últimos 15 anos.

Assim a escola deve ser considerada” como um contexto importante para possibilitar aos estudantes um aumento de conhecimentos na área da sexualidade e para a promoção d atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos” (Sampaio, Batista, Matos & Silva, 2007:7).

Em 15 de junho de 2005 foi criado um grupo de trabalho com o objetivo de propor os parâmetros de linhas programáticas de educação sexual em meio escolar (Direção Geral de Educação).

Do relatório preliminar desse grupo resultou o Despacho nº 25 995/2005, 2ª série que reforça a importância da educação sexual na escola em articulação com os pais, estabelece um protocolo com o ministério da saúde e prorroga o mandato do grupo de trabalho para que sejam estabelecidos conteúdos curriculares adaptados a cada ano letivo.

Só em 2009, com o Dec. Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto é estabelecida a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário.

A escola passou assim a ter projetos de educação sexual e a constituir uma potencial fonte de informação para os adolescentes. No entanto alguns autores revelam que ainda há um longo caminho a percorrer.

Segundo Sampaio (2011), citado por Brás (2012:19),

“a educação sexual nalgumas escolas mantêm-se ainda aquém das expectativas, pois esta não é implementada segundo as necessidades dos adolescentes. Os adolescentes deveriam ser os primeiros a ser questionados sobre as suas necessidades e a educação sexual ser ministrada em função das suas carências”.

Pese embora, tenhamos vindo a assistir a mudanças muito significativas, relativamente à abordagem das questões da sexualidade pela escola, é nosso entendimento que há ainda espaço para melhorar na aplicação dos programas de educação sexual, sendo assim possível aproveitar o potencial da escola para abordar estas matérias de forma muito mais eficaz.

4.3 OS PARES (GRUPOS E AMIGOS)

O grupo e os amigos constituem uma relevante fonte de informação para o adolescente. São vários os autores que realçam a importância do grupo no desenvolvimento das relações. Brás (2012:22) citando vários autores como Andrade, Dumas, Nodin ou Sampaio refere que “a influência dos amigos torna-se poderosa, uma vez que representam uma fonte de afetos, de solidariedade, de compreensão, um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais”

Segundo ainda este mesmo autor, (Brás, 2012:22), “o grupo tanto pode influenciar o comportamento responsável, a maturidade e o desenvolvimento saudável, como pode ser implicado na adesão a uma variedade de comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos sexuais de risco.”.

Sendo que é consensual que “o grupo de pares, apesar de muitas vezes possuir um conhecimento inadequado e impreciso sobre a sexualidade, exerce uma grande influência na aprendizagem sexual dos adolescentes.” (Brás, 2012:22).

Logo, concordamos que nos processos de educação para a saúde, há que aproveitar e ter em conta as potencialidades do grupo como fonte de informação para a saúde sexual e reprodutiva do adolescente.

4.4 RELIGIÃO

Desde os tempos mais longínquos, a religião sempre teve um papel da máxima relevância na formação das pessoas, quer ao nível ético, quer moral, quer social.

Naturalmente, a sua influência sobre as questões da sexualidade sempre se fez sentir, mais no controlo dos costumes do que no processo formativo.

Relativamente aos jovens, na sua maioria os estudos revelam, que hoje em dia, são poucos os jovens que recorrem às entidades religiosas para a construção da sua sexualidade.

“ No obstante la tradición judaica-cristiana característica de nuestra sociedade se observa una perdida muy significativa de la influencia de la religion en los comportamientos y actitudes de los individuos. Los católicos presentan, hoy día, una visión más crítica y una menor adhesión a los dogmas, resultantes de los avances tecnológicos, y de un más fácil acceso a la educacion e información.” Martins, M. (2007:73)

Mas no entanto, pese embora este afastamento dos jovens da igreja, esta nunca deixou de tentar influenciar as condutas sociais e a sua sexualidade, criando a noção de pecado, face à prática do acto sexual.

Quando na sociedade em geral era consensual a necessidade de implementar a disciplina de educação sexual nas escolas, a Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) emitiu uma tomada de posição em 23 de junho de 2005, da qual resumimos algumas conclusões:

Referindo-se às linhas orientadoras da saúde sexual em meio escolar a CEP dizia que os conteúdos e ideias que se pretendem veicular, as metodologias propostas e a bibliografia sugerida como base de trabalho, que serviram de suporte àquelas iniciativas, colidem com a sensibilidade e as convicções do público, referindo-se a pais, professores e cidadãos.

A CEP considerava ainda a sexualidade como algo essencial da personalidade humana, que não se pode reduzir a alguns momentos e comportamentos, sendo um complexo que se integra no pleno e global desenvolvimento da pessoa (CEP, 2005).

Perante estas posições mais dogmáticas da igreja e pouco abertas aos novos tempos e aos aspectos práticos da sexualidade, os jovens tem vindo a afastar-se da religião e procuraram outras fontes de informação.

4.5 MÉDIA - TELEVISÃO, INTERNET E REVISTAS

A humanidade desde sempre, cresceu e evolui com os seus meios de comunicação de divulgação e armazenamento do saber.

Hoje vivemos na era do mundo digital e nas redes de comunicação que se construíram nos últimos 20 anos.

Vivemos um novo mundo de base tecnológica, que naturalmente marca as maneiras como comunicamos, como nos informamos e como aprendemos.

A verdade é que hoje em dia “os meios de comunicação (media) são hoje um importante veículo de transmissão de informação para os adolescentes. Os *mass media*, em especial a televisão, são sem dúvida, agentes fortemente modeladores e incentivadores do comportamento dos adolescentes.” Sampaio (2009) citado por Brás (2012:21)

Segundo Andrade (1996; citado por Brás, 2012:21) “a leitura e a televisão constituem importantes meios de informação sobre sexualidade. No entanto esta divulgação não é a maioria das vezes adequada aos adolescentes o que leva a conceitos errados”.

Alguns estudos têm vindo a concluir (Ramiro, 2011; Brás, 2011; Vilaça, 2012) que os meios de comunicação como a televisão, a internet e as revistas são uma importante fonte de informação na área da sexualidade, no entanto, sendo difícil de controlar a qualidade da informação, muitas vezes podem deturpar uma verdadeira educação sexual criando mitos, ilusões e conceitos errados.

Constata-se que os materiais provenientes dos média constituem-se como pedagogias culturais, pois, mesmo não tendo a função deliberada de ensinar, afetam comportamentos e atitudes e influenciam os processos de transformação das identidades e subjectividades (Rabello, Caldeira & Teixeira 2012).

No caso das revistas juvenis, estudos mostram que elas atuam nas representações que os/as adolescentes têm sobre sexualidade e género, veiculando, com insistência, discursos

erotizados e heteronormativos, pautados em estereótipos de gênero, a partir de uma visão binária e estanque dos modos de ser homem e de ser mulher (Teixeira *et al.*, 2010; Rabello, Caldeira & Teixeira, 2012).

4.6 SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Brás (2012:24) “Os adolescentes são o grupo etário que menos utilizam os cuidados de saúde, pois não sentem necessidade desse tipo de consulta, mas de consultas especificamente viradas para as necessidades sentidas por eles.”

Este afastamento aparentemente natural, poderá resultar do desfasamento entre as reais necessidades dos jovens e o tipo de oferta que os serviços de saúde têm em relação à educação sexual e planeamento familiar.

Muitas vezes por desconhecimento dos pais e dos próprios jovens ou até por medo de serem identificados, estes não participam nas consultas de planeamento familiar.

Por outro lado “Os profissionais referem, com frequência possuírem competências insuficientes para responderem às solicitações dos jovens e necessitarem de outras condições como, o tempo e privacidade, para prestarem cuidados de modo adequado ao tipo de necessidade.” Prazeres (2003), citado por Brás (2012:24).

Os serviços de saúde tem vindo a desenvolver melhorias no sentido de promover um melhor acesso dos jovens aos seus serviços, no entanto, estas parecem não ser ainda suficientes, sendo que os enfermeiros e os profissionais de saúde em geral, podem contribuir para que os jovens assumam, de forma progressiva, responsabilidade sobre as suas condutas pessoais face à saúde (Brás, 2008:227).

5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A organização dos serviços de saúde tem vindo ao longo dos tempos, a adaptar-se à influência dos conceitos políticos e sociais de cada época por forma a dar a melhor resposta ao aparecimento das doenças.

Esta reforma sistemática do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS têm que ser encaradas como um processo de aperfeiçoamento constante por forma a acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da Sociedade (Amendoeira, 2006).

As últimas décadas, em Portugal, foram de significativos ganhos em saúde, sendo que para estes resultados muito terá contribuído a educação para a saúde. No entanto, e dentro destes progressos obtidos trouxeram problemas inesperados e levantaram novas discussões. Destas relevam-se as que mais directamente se relacionam com a enfermagem (Amendoeira, 2009).

Neste contexto, a educação para a saúde “visa desenvolver processos internos individuais que permitam a adoção de comportamentos saudáveis, respeitando estilos de vida e cultura de cada pessoa, os quais são influenciados pelo grupo/comunidade” (Carvalho & Graça, 2005:17).

Neste sentido, o papel da formação em enfermagem deverá assentar na” transmissão, na interação e na reflexão para que sejam adquiridas competências em todos os domínios, numa lógica da integração/assimilação e na transmissão de conhecimentos centrada nos saberes do domínio teórico e disciplinar” (Zangão,2014:75).

É nosso entender, que a educação para a saúde é um processo complexo, no entanto a evidencia científica tem vindo a demonstrar que quando se promove ativamente a saúde das crianças e jovens, esta ação proporciona uma melhoria dos seus resultados académicos e a sua qualidade de vida em geral (IUHPE, 2010).

Face a estas evidências abordar a “Promoção da Saúde em meio escolar” não é o mesmo que abordar a “Educação para a Saúde em meio escolar”.

Por “Promoção da Saúde em meio escolar”, entende-se qualquer atividade e/ou política que se implemente no sentido de proteger e/ou melhorar a saúde de todos os utentes da escola (Baptista, 2014:15).

Por “Educação para a Saúde em meio escolar”, entende-se o conjunto de atividades “desenvolvidas no sentido da prevenção da doença e/ou dos comportamentos de risco, tendo em vista a concretização das condições de bem-estar físico e psicológico, indispensáveis

à realização plena do indivíduo, condição sine qua non, é a própria vida da comunidade, que fica comprometida (Baptista, 2014:15).

No entanto, a Educação para a saúde é uma missão de longo prazo, “pois a alteração de comportamentos do indivíduo pode ser tida como uma invasão na sua esfera mais íntima, que implica diretamente com a sua mentalidade e a sua personalidade” (Baptista, 2014:15).

Concretizando, um programa de educação para a saúde deverá ser orientado no sentido de ajudar os indivíduos a apreenderem as suas capacidades funcionais, de forma a promover o seu sentido de responsabilidade, de acordo com as metas que desejam alcançar. Exige um conhecimento prévio do indivíduo ou comunidade, não se limita a fornecer informação insuficiente ou inadequada, resultante do improvisado, da atividade acidental ou espontânea, mas sim informação adaptada ao público a quem se dirige.

As aprendizagens desenvolvidas ao longo do programa permitem a interação entre a educação para a saúde e os aspetos cognitivos, afetivos, psicomotores, sociais e comportamentais. Neste sentido, compete ao educador proporcionar assistência e apoio, disponibilizando os recursos disponíveis necessários à promoção de alterações comportamentais.

“Num entendimento antropológico, há referências como o modo de vida do indivíduo é condicionado pela sua herança, desenvolvimento e cultura. O comportamento, as atitudes, os valores e as experiências são alicerces de estilos de vida que através da educação para a saúde acarretam mudanças de hábitos e de opções no sentido de atingir o bem-estar.” (Carvalho, 2002; citado por Martins, 2009:25).

Neste sentido, a abordagem à educação e promoção da saúde deve ser orientada no sentido dos estímulos dos diferentes níveis de intervenção e de actores, pertencendo aos profissionais de saúde um papel de catalisadores destas dinâmicas (WHO, 2013).

Outro dos factores relevantes ao nível da promoção da saúde, foram a realização das grandes conferências internacionais coordenadas pela OMS.

Com a Conferência de Alma-Ata, a denominada Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em 1978 na cidade com o mesmo nome, no final da mesma foi apresentada uma declaração denominada “saúde para todos no ano 2000”. Nesta assistimos a uma mudança na visão na concepção de um novo conceito de promoção da saúde valorizada aqui como uma componente essencial do desenvolvimento humano (WHO, 1978).

Já em 1986, realizou-se Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Realizada em Ottawa, define na sua declaração final (Carta de Ottawa) um novo conceito de promoção da saúde, aqui definido como um “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os factores que a influenciam.”

A base estratégica decorrente desta conferência engloba “a elaboração de políticas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da acção comunitária e o desenvolvimento de capacidades individuais” (Carrondo, 2006:35).

Seguiram-se várias conferências internacionais, (Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jakarta (1997); Mexico City (2000); Bangkok (2005); Nairobi (2009).sendo a ultima (a 8.ª) realizada em Helsínquia entre 10 e 14 de junho de 2013, se reforça o:

“ (...) compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos e reconhecemos que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos. Reconhecemos a saúde como um direito humano fundamental e a equidade em saúde como expressão de justiça social. Sabemos que a boa saúde melhora a qualidade de vida, aumenta a capacidade para aprender, fortalece as famílias e comunidades, e melhora a produtividade da força de trabalho. Ações voltadas para a equidade contribuem significativamente para a saúde, redução da pobreza, inclusão social e segurança (WHO, 2013:1)

A conferência de Bangkok, onde foi feita uma avaliação ao percurso percorrido e as diferentes transformações que ocorreram no mundo, desde a Conferência de Ottawa, designadamente: globalização, ambiente, urbanização, transição demográfica e política, novas e reemergentes doenças, avanços nas ciências médicas e na tecnologia da informação, mudanças no papel do Estado e iniquidades na saúde.

Nesta conferência foram ainda confirmadas as estratégias seguidas desde Ottawa, que demonstraram resultados muito eficazes, preconizando-se a continuação no sentido do caminho já percorrido (WHO, 2010).

5.1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

A Promoção e Educação para a Saúde pressupõem que as instituições da educação e da saúde se mentalizem de que ambas são inseparáveis, e que é necessário desenvolver um trabalho integrado entre estes dois sectores.

Logo um aspecto a reter, é que as escolas básicas e as secundárias podem ter um papel privilegiado em proporcionar uma educação para a saúde sistemática e eficaz, embora seja necessário associar a família e todas as outras iniciativas sociais.

“A educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino tem por finalidade inculcar nos alunos, atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade. Para além disso, deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para que, ao sair da escola e incorporar-se na comunidade, adotem um regime, um estilo de vida o mais saudável possível.” (Pestana, 1995; citado por Martins, 2009:30).

A necessidade marcante de abordar temas relacionados com a saúde nas escolas levou ao surgimento do conceito de Escola Promotora de Saúde, cujo objetivo é contribuir para o total desenvolvimento das potencialidades dos alunos, o que implica que os jovens tenham um papel ativo neste processo:

“Uma escola que se deseja promotora de saúde deve criar condições para os alunos desenvolverem plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, serem solidários e capazes de se relacionarem positivamente com o meio. O processo educativo, numa escola que se assuma promotora de saúde, assenta no envolvimento dos diferentes elementos da comunidade local, valorizando a participação ativa dos jovens e o papel dos adultos de referência.” (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, 2000; citado por Costa, 2006:46).

Dito isto, a Escola Promotora de Saúde (EPS) é aquela que “proporciona uma abordagem holística, tendo em conta não só os itens supra referidos – saliente-se a relação estreita com o sector da saúde - como também a integração dos principais conteúdos no currículo e na vida da escola” (Baptista, 2014:17).

De acordo com o GTES (2007, citando Kuntsche & Jordan, 2006) na Europa os adolescentes passam cerca de 2/3 do tempo na escola, pelo que esta tem um papel importante, influente e determinante no ambiente social, contribuindo para o desenvolvimento do sentimento de identidade e autonomia dos adolescentes. A escola é pois o local privilegiado da relação do adolescente com os pares.

A grande maioria dos adolescentes dá valor aos aspetos positivos da vida, tanto na família como no grupo de pares, e valorizam a escola no seu percurso individual.

Assim, quando examinamos as evidências fornecidas pela investigação sobre a promoção da saúde em meio escolar torna-se claro que algumas delas se focalizam em aspectos concretos de um tema específico (IUHPE, 2010).

Neste contexto, e procurando intervir de modo preventivo, protetor e promocional, é fundamental identificar, em cada escola, quais os aspetos considerados pelos alunos como aspetos positivos promotores de estilos de vida saudáveis (incluindo fatores pessoais, familiares, escolares e relativos ao grupo de pares); quais os fatores que estão associados ao bem-estar dos alunos e através de que mecanismos tal acontece. Todas as intervenções devem centrar-se em fatores positivos e em comportamentos alternativos.

“Se o consumo de substâncias (ou o sedentarismo, ou a alimentação deficiente ou abusiva, ou o isolamento social, ou o mal-estar psicológico, ou o sexo desprotegido, ou ainda a violência interpessoal) for o comportamento habitual, será pois necessário identificar e negociar com estes percursos alternativos para lidar com os acontecimentos de vida, sem recurso a condutas lesivas da sua saúde” (GTES, 2007:9).

Na área da saúde é frequente falar em fatores de risco e fatores de proteção. Atualmente, o número de fatores que ameaçam a adaptação psicossocial e comportamental das crianças e adolescentes assume lugar de destaque no estudo da proteção da saúde e é denominado por efeito cumulativo dos fatores de risco.

A bibliografia sobre este tema aponta o número de quatro fatores como de risco como um número quase certamente associado a problemas de saúde psicossocial (GTES, 2007).

Qualquer projeto de intervenção na área da promoção da saúde nas escolas deve assumir como fundamental a necessidade de combater o efeito cumulativo dos fatores de risco, em termos do seu impacto para a saúde das crianças e adolescentes, atuando de modo articulado e integrado.

“A promoção do sucesso escolar tem aqui um papel de extraordinária importância, por um lado, porque a situação dos pais nesta matéria pode ser mais frágil; por outro, porque facilitará a quebra do ciclo vicioso: - baixa escolaridade – iliteracia – falta de expectativas – pobreza – risco para a saúde.” (GTES, 2007:10).

Deste modo, a escola tem sido um importante lugar para o encontro entre a saúde e a educação, promovendo diversos programas e projectos focados na promoção e na educação para a saúde.

A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde correspondem a uma estratégia de promoção da saúde no âmbito escolar e a “um mecanismo articulado de esforços e recursos multissetoriais, orientados para a melhoria das condições de saúde e bem-estar, ampliando assim as oportunidades para uma aprendizagem de qualidade e o desenvolvimento humano sustentável, para todos os integrantes das comunidades educativas (Ippolito - Shepherd, 2006:3).

A Escola Promotora da Saúde (EPS) é, nesta perspetiva, uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde (WHO, 2009, citado por DGE, 2014).

Segundo a OMS, uma EPS:

- (i) fomenta a saúde e a aprendizagem com todas as medidas ao seu alcance;
- (ii) implica os setores da saúde e da educação: professores, alunos, funcionários, pais, profissionais de saúde e líderes comunitários esforçam-se por tornar a escola um lugar saudável;
- (iii) proporciona um ambiente seguro e saudável e, em parceria com os serviços de saúde e com a comunidade escolar, cria oportunidades de promoção da saúde mental, apoio social, aconselhamento, alimentação saudável e atividade física;
- (iv) implementa políticas e práticas que respeitam o bem-estar e a dignidade do indivíduo, fornecem múltiplas oportunidades para o sucesso, reconhecem os esforços, bem como as realizações pessoais;

(v) esforça-se por melhorar a saúde dos alunos, da equipa educativa, das famílias e membros da comunidade e trabalha com as autoridades locais ajudando-as a entender de que forma a comunidade pode contribuir para a melhoria da saúde e educação. (DGE, 2014:5).

Ainda segundo a OMS, a EPS preocupa-se em desenvolver nos alunos e restante comunidade a capacidade de:

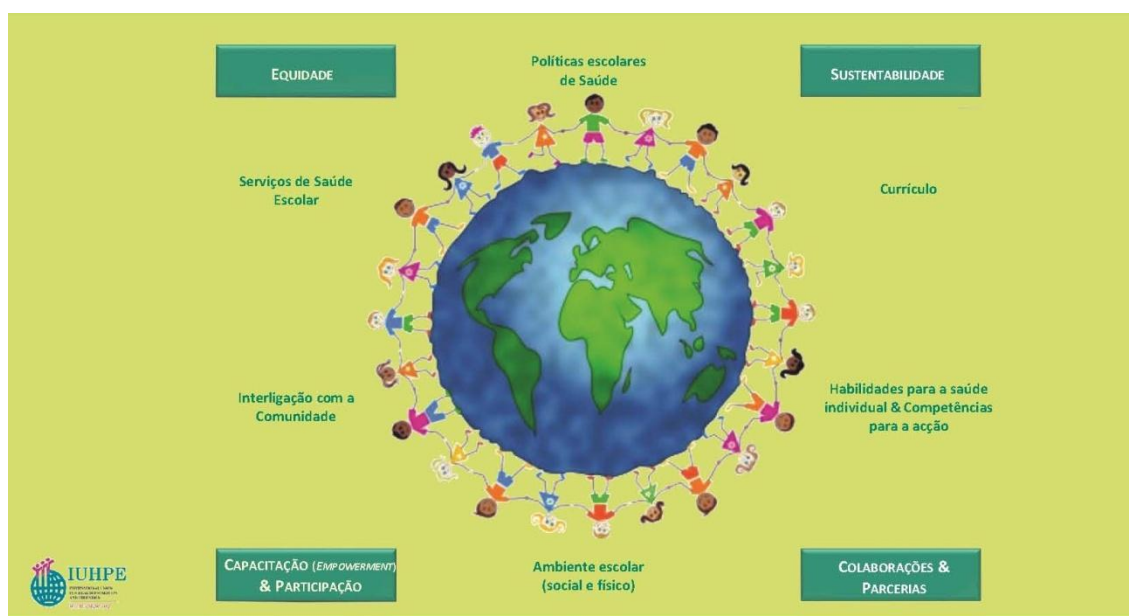
- “• cuidar de si e dos outros;
- tomar decisões saudáveis, e tendo controlo sobre as circunstâncias da vida;
- criar condições que conduzam à saúde (por meio de políticas, serviços, condições físicas / sociais);
- desenvolver competências para a equidade, a justiça social e o desenvolvimento sustentável;
- prevenir as principais causas de morte, doença e incapacidade: uso do tabaco drogas e álcool, HIV / DST, má nutrição (sobre e subnutrição), sedentarismo, violência e lesões;
- influenciar comportamentos relacionados à saúde: conhecimentos, crenças habilidades, atitudes, valores, de apoio.” (DGE, 2014:5).

Sabe-se atualmente que crianças e adolescentes saudáveis aprendem melhor e têm mais sucesso. Com efeito, a educação capacita as crianças e adolescentes para o processo de literacia. Por seu lado, a educação e saúde são determinantes para aumentar a literacia em saúde, condição facilitadora da tomada de decisão em saúde, pelas crianças e adolescentes (DGE, 2014).

A investigação centrada na evidência sugere que:

- tanto os resultados de educação como os de saúde são melhores se a escola utilizar a abordagem EPS nas questões relacionadas com a saúde em contexto educativo;
- abordagens multifacetadas são mais eficazes na obtenção de resultados de saúde e de educação, quando comparadas com abordagens individuais de intervenção;
- os fatores sócio emocionais são os que mais afetam a aprendizagem, por exemplo, a relação aluno-professor, a cultura de escola, o clima de sala de aula...;
- os fatores sócio emocionais são fundamentais para a forma como a EPS funciona e como alcança os seus objetivos de educação e de saúde;
- abordagens globais de escola, com coerência entre as políticas e práticas da escola, promovendo a inclusão social e o compromisso com a educação, facilitam a melhoria dos resultados de aprendizagem, aumentam o bem-estar emocional e reduzem os comportamentos de risco em saúde. (IUPHE, 2010; citado por DGE, 2014:6).

Figura n.º 2 : Diagrama da promoção da saúde numa comunidade escolar



Fonte: IUHPE (2010). Promover a saúde na escola: da evidência à ação

Durante alguns anos a Promoção e Educação para a Saúde dependia da adesão, por parte das escolas, à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (RNEPS), a partir de 2005 o Projeto Educativo de Escola tem de incluir a área da Educação para a Saúde (Despacho 25.995/2005, de 16 de dezembro, Ministério da Educação, 2005).

Desde 2012, compete à Direção Geral da Educação, através da Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos, “conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas de educação especial e de apoio educativo, designadamente as de orientação escolar e profissional, de educação para a saúde e de ação social escolar” (Portaria n.º 258/2012, de 28 de agosto, Ministério da Educação e Ciência, 2012:4769).

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de EPS, a DGE lança, no ano letivo de 2014-15, o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES), disponibilizando materiais de apoio, nomeadamente, o manual produzido pelo SHE, na versão traduzida e adaptada para Portugal, com o financiamento e supervisão desta Rede Europeia (DGE, 2014).

O PAPES, para além de permitir monitorizar o desenvolvimento do trabalho das escolas segundo o conceito EPS, tem como finalidades: “incentivar as escolas a (i) incrementar a literacia em saúde, (ii) promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, (iii) valorizar comportamentos de estilos de vida saudáveis e (iv) criar condições ambientais para uma escola promotora de saúde” (DGE, 2014:8).

5.2 SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

Cada vez se compreende melhor a relação existente entre a educação e a saúde, o que se reflecte na prioridade atribuída à educação nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio formulados pelas Nações Unidas (IUHPE, 2010).

Actualmente, a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS está muito focalizada para o fosso inaceitável que se criou entre os países mais ricos e os mais pobres do mundo, o que se traduz numa diferença de 48 anos na esperança de vida (Nunes, 2011), concluindo-se ainda que “a redução do gradiente social em saúde, através da intervenção sobre os designados determinantes sociais, deve estar hoje no centro das nossas preocupações” (Nunes, 2011:201).

A Carta de Banguecoque reconheceu que a saúde deve ser uma responsabilidade central dos governos e que o seu papel não se deverá reduzir unicamente ao sector da saúde. Além disso, há cada vez mais provas de que as escolas eficazes, às quais os alunos se sentem vinculados, podem ter repercussões importantes na melhoria da saúde e na diminuição das desigualdades, (IUHPE, 2010).

Mas no que diz respeito à sexualidade esta diz respeito ao ser humano e a todas as etapas da sua vida, assim, a sexualidade infantil e a sexualidade adolescente são etapas fundamentais na edificação da sexualidade do adulto.

No entanto, e para se promoverem atitudes e comportamentos sexuais saudáveis é essencial a educação sexual, uma vez que esta tem como objetivos formar e desenvolver atitudes e competências nos jovens, permitindo que estes se sintam informados e seguros nas suas escolhas (GTES, 2005; 2007; 2007^a, Matos *et al.*, 2011).

A educação sexual não deve cingir-se às informações sobre os aspectos físicos do acto sexual, sendo essencial a abordagem de outras dimensões, tais como a social, a cultural, a emocional e a ética (Aquilino & Bragadottir, 2000, citado por Matos *et al.*, 2011:151)

Se considerarmos a educação sexual a única forma para se prevenir e /ou modificar comportamentos, deve-se ter em conta a importância

“ das normas sociais e dos amigos (grupo de pares), a aquisição de competências cognitivas e comportamentais necessárias à implementação e manutenção da mudança, e contemplar a avaliação de vulnerabilidade ao risco, da motivação para a mudança e, ainda, os factores situacionais que possam intervir com a implementação dessa mudança” (Matos *et al.* 2011:150-151).

Mas a educação sexual no âmbito da educação para a saúde implica também a consciencialização dos imprescindíveis agentes educativos envolvidos, de forma directa ou indirecta, no desenvolvimento dos jovens: famílias, escolas, comunidades, instituições, organizações não-governamentais, autarquias, institutos públicos e particulares, locais de lazer e diversão (Matos *et al.*, 2011).

Constata-se que Educação sexual é a mais importante forma de prevenção de problemas ligados à saúde sexual e reprodutiva dos jovens (GTES, 2005, 2007).

Constitui “um processo contínuo e permanente de aprendizagem e socialização que abrange a transmissão de informação e o desenvolvimento de atitudes e competências relacionadas com a sexualidade humana e, portanto, promove atitudes e comportamentos saudáveis” (Ramiro *et al.*, 2011:12).

Se considerarmos a educação sexual a principal forma de prevenir comportamentos de risco, seja promovendo os comportamentos preventivos, seja alterando os comportamentos iniciais de risco, deve-se ter em conta:

- ”a) a importância da aquisição das competências cognitivas e comportamentais necessárias (à implementação desses determinados comportamentos – ou à capacidade de mudança desses outros),
- b) a avaliação da vulnerabilidade ao risco e da motivação para a mudança e, ainda,
- c) os factores situacionais que possam intervir na implementação desse comportamento/mudança, como são as normas sociais, a pressão dos amigos (grupo de pares) e a influência do parceiro. (Ramiro *et al.*, 2011:12).

Os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo (Nodin, 2001), logo se tem vindo a propor que a elaboração de estudos na área dos comportamentos sexuais, sejam considerados prioritários (Reis & Matos, 2007).

Nesse contexto, a sexualidade é algo que se constrói e se aprende; é parte integrante do desenvolvimento do ser humano.

Estando a sexualidade sujeita a um processo de aprendizagem que ocorre a longo de toda a vida, Nodin (2001:614) considera que:

“a educação sexual se refere a todas as formas de transmissão de valores e informações sobre sexualidade, nas suas múltiplas e variadas dimensões, iniciando-se desde o nascimento, na forma como os pais se relacionam com a criança e nos comportamentos que os reforçam ou inibem” e sendo “veiculada em termos sociais, nas normas existentes sobre o comportamento que é considerado apropriado para os indivíduos, de acordo com o seu sexo e idade.”

Geralmente, a esta noção acrescenta-se ainda a de Saúde Sexual, no sentido de serem englobadas questões que à partida pareciam esquecidas:

“Saúde Sexual abrange a sexualidade de forma multidimensional, não limitada apenas aos aspectos biológicos e fisiológicos. São integradas as facetas emocionais, afectivas e relacionais da sexualidade, abordando-se questões tais como a autodeterminação sexual, a comunicação entre parceiros, a atracção e o amor, as normas e os valores, o comportamento sexual e a vivência da sexualidade, entre outras” (Nodin, 2000:614).

A maneira como a criança vive a infância e a forma como os pais lidam com as questões relacionadas com a sexualidade que surgem nessa fase, são essenciais para uma boa evolução dos comportamentos sexuais na adolescência.

“Quando a família vivenciou padrões de conflito, fugas ao problema ou discordâncias parentais significativas, é possível que a sexualidade juvenil se venha a tornar um foco de tensão entre as gerações; se, pelo contrário, a evolução da criança se processou sem sobressaltos significativos, a adolescência tende a ser vivida como um período onde a sexualidade é um momento importante de descoberta e gratificação.” (GTES, 2007:7).

Assim, a sexualidade é definida por um conjunto de valores, vivências e representações, que vão moldar a identidade quer do homem quer da mulher. Neste sentido, os ensinamentos resultantes da educação sexual nas escolas não devem substituir o papel nem a responsabilidade da família, sendo sim fundamental a colaboração entre estes dois elos, com papéis distintos mas complementares.

5.2.1 A educação sexual em meio escolar

Tal como temos vindo a evidenciar através da revisão bibliográfica realizada, a educação sexual é determinante para reduzir os comportamentos sexuais de risco.

Desta forma, a Educação Sexual é definida pelo GTES (2007:7) como “um processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual.”

Tem como objetivos:

- “ – o desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- a melhoria dos seus relacionamentos afetivo-sexuais;
- a redução de possíveis consequências negativas dos comportamentos sexuais, tais como a gravidez não planeada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST);
- a capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abusos sexuais. A longo prazo deve contribuir para a tomada de posições na área da sexualidade, durante toda a vida.” (GTES, 2007:7).

Em contexto escolar, importa saber que a sexualidade depende de quatro fatores psicossociais definidos por Sadock (2005), citado pelo GTES, (2007) que envolvem o desenvolvimento da personalidade e os comportamentos sexuais e que são: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.

Por identidade sexual, entenda-se o padrão definido através: “dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários” (GTES, 2007:16).

A identidade de género prende-se com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se por volta dos 2 ou 3 anos de idade. “Resulta de uma série infindável de experiências com os familiares e com os pares e de fenómenos culturais, em que as características biológicas interagem com uma série de estímulos, de modo a definir o género” (Sadock, 2005, citado pelo GTES, 2007:17).

As questões da masculinidade e da feminilidade surgem com alguma frequência nos contextos da sexualidade na adolescência, pelo que se torna importante a sua abordagem num programa de educação sexual.

A orientação sexual descreve o objeto dos impulsos sexuais: “heterossexual (sexo oposto), homossexual (mesmo sexo) ou bissexual (os dois sexos). Por vezes surgem dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, principalmente na fase da puberdade e na fase média da adolescência, (GTES, 2007:17).

No seu relatório final, o Grupo de Trabalho de Educação Sexual, aponta para a necessidade de articulação entre as escolas e as estruturas da saúde. Devendo ser abordada de acordo com a idade dos alunos, através de acções com continuidade, e organizadas segundo a metodologia de projecto” (GTES, 2007:4).

Assim, a escola deverá ser considerada como um contexto que possibilite aos jovens, aumentar os seus conhecimentos na área da sexualidade e promover atitudes e comportamentos com menos riscos (GTES, 2007).

Ao abordar as questões da sexualidade em contexto escolar, existem diferenças de género que devem ser tidas em linha de conta (GTES, 2007).

As propostas do GTES foram transformadas em despachos pelo Ministério da Educação, nomeadamente através do Despacho n.º 25 995/2005, de 16 de dezembro, que aprovou e reafirmou os princípios orientadores das conclusões dos relatórios no que se referia ao modelo de educação para a PES, e do Despacho n.º 2506/2007, de 20 de fevereiro, que definiu linhas de orientação para o professor coordenador da área da saúde.

Em 2009, foi aprovada a Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto, que veio estabelecer o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, pressupondo a existência de programas de ES em todos os ciclos de ensino, exceto na educação pré-escolar, com uma duração mínima de 6 horas por ano no 1.º e 2.º CEB e 12 horas no 3.º CEB e ensino secundário. Para a concretização destes programas, ficou estipulado que se daria preferência às áreas curriculares não disciplinares (ACND) como a Formação Cívica e a Área de Projeto.

Esta lei é regulamentada pela portaria 196-A/2010 de 9 de Abril de 2010.

“Neste contexto, consagram-se as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, conferindo-lhe o estatuto e obrigatoriedade, com uma carga horária adaptada e repartida por cada nível de ensino, especificada por cada turma e distribuída de forma equilibrada pelos diversos períodos do ano letivo e, por último, estabelecendo-se ainda que a educação sexual deva ser desenvolvida pela escola e pela família, numa parceria que permita respeitar o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa.” (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010:1170).

Além de ficar estabelecida a concretização curricular da ES, ficou ainda estipulado nesta Lei que as escolas deveriam ter uma equipa dinamizadora de um projeto de PES/ES e gabinetes de educação para a saúde.

A Lei n.º 60/2009 (de 6 de agosto) regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010 (de 9 de abril) estabelece as bases gerais de aplicação da educação sexual em meio escolar, numa aceção pluralista e democrática. O artigo 13.º da referida Lei estipula a avaliação da implementação da educação sexual nas escolas. (Matos *et al.*, 2014).

As orientações curriculares respeitantes aos conteúdos da educação sexual são definidas pela Portaria 196-A/2010 de 9 de abril de 2010.

“Os objetivos mínimos da área de educação sexual devem contemplar os seguintes conteúdos que podem ser abordados nas áreas disciplinares ou nas áreas curriculares não disciplinares.

1º Ciclo (1º ao 4º anos)

Noção de corpo;
O corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural;
Noção de família;
Diferenças entre rapazes e raparigas;
Proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas.

2º Ano

Para além das rubricas incluídas nos programas de meio físico, o professor deve esclarecer os alunos sobre questões e dúvidas que surjam naturalmente, respondendo de forma simples e clara.

3º e 4º Anos

Para além das rubricas incluídas nos programas de meios físico, o professor poderá desenvolver temas que levem os alunos a compreender a necessidade de proteger o próprio corpo, de se defender de eventuais aproximações abusivas, aconselhando que, caso se deparem com dúvidas ou problemas de identidade de género, se sintam no direito de pedir ajuda às pessoas em quem confiam na família ou na escola.

2º Ciclo (5º e 6º anos)

Puberdade – aspetos biológicos e emocionais;
O corpo em transformação;
Caracteres sexuais secundários;
Normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas;
Diversidade e respeito;
Sexualidade e género;
Reprodução humana e crescimento; contraceção e planeamento familiar;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas;
Dimensão ética da sexualidade humana.

3º Ciclo (7º ao 9º anos)

Dimensão ética da sexualidade humana;
Compreensão da sexualidade como uma das componentes mais sensíveis da pessoa, no contexto de um projeto de vida que integre valores (por exemplo: afetos, ternura, crescimento e maturidade emocional, capacidade de lidar com frustrações, compromissos, abstinência voluntária) e uma dimensão ética;
Compreensão da fisiologia geral da reprodução humana;
Compreensão do ciclo menstrual e ovulatório;
Compreensão do uso e acessibilidade dos métodos contraceptivos e, sumariamente, dos seus mecanismos de ação e tolerância (efeitos secundários);
Compreensão da epidemiologia das principais IST em Portugal e no mundo (incluindo infeção por VIH/vírus da imunodeficiência humana – HPV2/vírus do papiloma humano e suas consequências) bem como os métodos de prevenção. Saber como

se protege o seu próprio corpo, prevenindo a violência e o abuso físico e sexual e comportamentos sexuais de risco, dizendo não a pressões emocionais e sexuais;
Conhecimento das taxas e tendências de maternidade e da paternidade na adolescência e compreensão do respetivo significado;
Conhecimento das taxas e tendências das interrupções voluntárias de gravidez, suas sequelas e respetivo significado;
Compreensão da noção de parentalidade no quadro de uma saúde sexual e reprodutiva saudável e responsável;
Prevenções dos maus tratos e das aproximações abusivas.

Ensino secundário

Compreensão ética da sexualidade humana.

Sem prejuízo dos conteúdos já enunciados no 3º ciclo, sempre que se entenda necessário, devem retomar-se temas previamente abordados, pois a experiência demonstra vantagens de se voltar a abordá-los com alunos que, nesta fase de estudos, poderão eventualmente já ter iniciado a vida sexual ativa. A abordagem deve ser acompanhada por uma reflexão sobre atitudes e comportamentos dos adolescentes na atualidade:

Compreensão e determinação do ciclo menstrual em geral, com particular atenção à identificação, quando possível, do período ovulatório, em função das características dos ciclos menstruais.

Informação estatística, por exemplo sobre:

Idade de início das relações sexuais, em Portugal e na EU;

Taxas de gravidez e aborto em Portugal;

Métodos contraceptivos disponíveis e utilizados; segurança proporcionada por diferentes métodos; motivos que impedem o uso de métodos adequados;

Consequências físicas, psicológicas e sociais da maternidade e da paternidade de gravidez na adolescência e do aborto;

Doenças e infeções sexualmente transmissíveis (como infeção por VIH e HPV) e suas consequências;

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;

Prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas.” (Ministérios da Saúde e da Educação, 2010:1173-1174).

No Guia de Educação Sexual na Escola para Professores, Formadores e Educadores, os autores apontam um conjunto de valores fundamentais que norteiam a educação sexual na escola e que são os seguintes:

- “Reconhecimento de que a sexualidade, como fonte de prazer e de comunicação, é uma componente positiva e de realização no desenvolvimento pessoal e nas relações interpessoais.
- Valorização das diferentes expressões da sexualidade, nas várias fases de desenvolvimento ao longo da vida.
- Respeito pela pessoa do outro, quaisquer que sejam as suas características físicas e a sua orientação sexual.
- Promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre os sexos.
- Respeito pelo direito à diferença.
- Reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade.
- Reconhecimento do direito a uma maternidade/paternidade livres e responsáveis.
- Reconhecimento que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes responsáveis no relacionamento sexual.
- Recusa de formas de expressões da sexualidade que envolvam manifestações de violência e promovam relações pessoais de dominação e exploração.
- Promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, na esfera sexual e reprodutiva.” (Frade, *et al.*, 2009:22).

Neste contexto, os autores do guia anteriormente referido criaram conjuntos de objetivos de acordo com as diferentes componentes cognitivas.

O primeiro conjunto diz respeito à esfera dos conhecimentos e é fundamentado no facto de os programas de educação sexual poderem contribuir para um maior conhecimento dos factos e componentes que integram a sexualidade. Neste grupo os objetivos referem-se ao aumento e consolidação de conhecimentos acerca de:

- “das várias dimensões da sexualidade;
- do corpo sexuado e dos seus órgãos externos e internos;
- dos componentes anatómico-fisiológicos e psicológicos da resposta sexual humana;
- da diversidade das expressões do comportamento sexual humano ao longo da vida e das suas diferenças individuais;
- dos mecanismos da reprodução humana e da contraceção;
- das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando a sexualidade, o amor, a reprodução e as relações entre os sexos;
- dos problemas que podem surgir ligados a esta esfera da vida e da saúde e dos apoios possíveis.” (Frade, *et al.*, 2009:23).

O segundo conjunto de objetivos prende-se com os sentimentos e as atitudes, expondo a possibilidade de a Educação sexual contribuir para:

- “uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- uma atitude não sexista, ou seja, que recusa as formas de dominação de um sexo por outro e defende uma relação entre seres diferentes, mas iguais em direitos; uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspetos relacionados com a sexualidade e a reprodução.” (Frade, *et al.*, 2009:23).

O último conjunto de objetivos assenta no desenvolvimento das capacidades individuais, nomeadamente:

- “no aumento da capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados;
- no aumento das capacidades de comunicação;
- na aquisição de um vocabulário adequado;
 - no aumento da capacidade de pedir ajuda e saber identificar apoios, quando necessário.” (Frade, *et al.*, 2009:23).

Os autores do Guia de Educação Sexual na Escola para Professores, Formadores e Educadores reconhecem que a máxima participação no processo de ensino/aprendizagem é a forma mais eficaz de intervenção quando se pretende a aquisição de conhecimentos, a mudança de atitudes, a aquisição de capacidades e o desenvolvimento de competências.

“Embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual. As exposições ou conferências podem ser um dos momentos da atividade, mas devem ser complementadas com outras formas de trabalho mais participadas. Partir dos conhecimentos individuais e do grupo (certos ou errados), utilizar esses e novos conhecimentos, problematizar e resolver situações, utilizar o humor e o jogo ou trabalhar em pequenos grupos são as metodologias mais eficazes nesta área.” (Frade, 2009:24).

5.2.2. O papel do enfermeiro na educação para a saúde/educação sexual

Nós, como prestamos cuidados aos seres humanos e aos grupos onde estes se integram, pretendendo manter, melhorar ou recuperar a sua saúde, assumindo-se, assim, o garantir de cuidados de saúde de qualidade e equitativos.

Neste sentido, a actuação da enfermagem deve fundamentar-se na compreensão do problema, do ponto de vista da pessoa, e na procura de soluções adaptadas às suas expectativas e projecto de saúde (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Como profissionais de saúde, é nosso dever, sermos capazes de identificar os níveis das nossas ações no processo educativo, refletindo a necessidade de nos desvincularmos da nossa prática assistencial, colocando-nos como educadores justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas, entendendo que nós não somos os donos do saber e sim os cooperantes e participantes deste processo de transformação.

Os jovens adolescentes encontram-se numa fase do ciclo de vida particularmente sensível e, por isso, a intervenção da enfermeira junto destes assume uma importância acrescida.

“É no contexto rico e instável da vida interior, próprio da adolescência, onde frequentemente se misturam a curiosidade, o desejo, as incertezas e inseguranças, a atração e a vertigem do imediato, que os jovens têm de aprender a conduzir os seus processos volitivos” (Ferreira *et al.*, 2004:135).

Isto porque, “quando o enfermeiro age como educador sexual e conselheiro pode ajudar o utente a obter conhecimentos, prepará-lo para alterações na sua sexualidade durante o ciclo de vida” (Ferreira *et al.*, 2004).

Face as características dos jovens estes têm conhecimentos de saúde sexual e reprodutiva incompletos e/ou incorrectos, não obstante a sua importância para a adaptação psicológica e adopção de comportamentos seguros.

É também uma das características dos jovens a incapacidade de admitir terem dúvida e na sua maioria não recorrem ao planeamento familiar, sendo a informação providenciada por amigos ou meios de comunicação (APF, 2001; Gaspar *et al.*, 2006; Gaspar *et al.*, 2015).

Assim, é fundamental que a enfermeira desenvolva ações educativas que fomentem a capacidade de diferenciar as vivências emocionais e afetivas, interpretando-as e integrando-as adequadamente no contexto do desenvolvimento pessoal do jovem.

Perante este cenário, a enfermeira enquanto educadora deve possuir uma série de competências e procurar adaptar-se às mudanças investindo na sua própria formação.

O enfermeiro deve possuir os seguintes atributos: “genuína preocupação com o bem-estar físico e psicológico dos outros; personalidade equilibrada, com bom domínio de aptidões de comunicação e facilidade de relacionamento; aceitação positiva da sua sexualidade e da dos outros; respeito pelos valores do próximo;

atitude de envolvimento relativamente aos pais, e outros agentes educativos; capacidade para reconhecer situações que necessitam da intervenção de outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, médicos, professores, etc.); formação pedagógica nas metodologias participativas e ativas” (Ferreira *et al.*, 2004:35).

O Conselho de Enfermagem da Ordem do Enfermeiros, no seu parecer nº109/2009, defende que “a enfermeira é o profissional que detém o perfil de competências mais relevantes para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à saúde escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (Conselho de Enfermagem, 2009).

Este Conselho define ainda uma posição oficial acerca da operacionalização da educação sexual:

“(…) A educação sexual escolar deve ser lecionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto letivo, grupos focados no tema e individualmente. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anti-concecionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas ações, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro” (Conselho de Enfermagem, 2009:5).

A especialização em enfermagem traduz-se num alargamento e consolidação das competências do enfermeiro, e deverá resultar numa melhoria dos cuidados a prestar aos doentes/ utentes/ comunidade.

Mais concretamente, a enfermagem comunitária passou a desenvolver uma prática baseada e centrada na comunidade e nas suas respostas numa perspectiva de promoção da saúde.

Segundo o código deontológico do enfermeiro, no seu artigo 80º, é referido que:

“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados, colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2003:45)

O enfermeiro de cuidados de saúde primários assume assim grande importância na capacitação dos membros da comunidade de forma a resolverem os problemas de saúde.

Foi legislado em Diário da República (2011:8641), pela ordem dos enfermeiros a definição de enfermeiro especialista.

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Diário da República, 2011:8641)

A ordem dos enfermeiros também define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.” Diário da República N°35 (2011:8667)

Refere ainda que o enfermeiro especialista,

“Intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais. Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.” Diário da República N°35 (2011:8667)

A especialista em enfermagem comunitária é assim um importante elo na educação para a saúde participando e desenvolvendo projectos que visem a capacitação da comunidade e criação de sinergias entre as várias partes interessadas com o objetivo de reduzir as iniquidades e obter maiores ganhos em saúde.

Assim, sabendo nós que educação sexual “engloba as dimensões, biológica, socio-cultural, psicológica e espiritual, da sexualidade, integrando um domínio cognitivo (informação), um domínio afetivo (sentimentos, valores e atitudes) e um domínio comportamental (comunicação, tomada de decisões e outras competências pessoais relevantes)” (Gaspar et al., 2014).

Por seu lado, as entidades competentes definem a educação para a saúde como “abordagem formal, estruturada, intencional e adequada de um conjunto de questões relacionadas com a sexualidade humana” (Ministério da Educação (ME) & Ministério da Saúde (MS), 2000; Vilar & Ferreira, 2009).

Mas concordamos, que a educação para a saúde não pode ser entendida como uma tarefa que respeite apenas a uma entidade, quer seja a família, a escola, o centro de saúde ou qualquer outra associação, mas que diz respeito a todas elas (ME-GTES, 2007, Vilar & Ferreira, 2008).

Para procurar compreender estes fenómenos, têm sido realizados muitos estudos, onde têm vindo a ser abordada a questão do papel da escola na promoção da saúde e bem-estar dos alunos, apontando programas que incluem uma abordagem ecológica e participada como os mais eficazes (Matos, Sampaio, Baptista, & Equipa Aventura Social, 2013).

Ao mesmo tempo, ao nível das políticas públicas têm vindo a ser dadas orientações no sentido de melhorar as condições de saúde dos jovens, políticas estas, aqui traduzidas

no enfoque do Programa Nacional de Saúde Escolar: “A Saúde Escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade educativa, é cada vez mais uma alavanca para a melhoria do nível de literacia em saúde dos jovens, facilitando a tomada de decisões responsáveis e promovendo ganhos em saúde.” (PNSE, 2014:1).

Assim, a educação sexual e sexualidade são dois factores que a especialista em saúde comunitária, deve ter presente. Sabendo nós que as necessidades de saúde dos jovens são muito particulares e específicas e muitas vezes complexas, face à construção da sua identidade e desenvolvimento.

Deste modo, é fundamental que as acções dinamizadas pelas profissionais de enfermagem de saúde comunitária, “sejam presididas pela valorização das componentes psicossocial das necessidades de cariz biológico ou vice-versa” (Sampaio, 2006; Machado, 2007, Brás, 2008).

Consequentemente, a educação sexual dos jovens, deve ir no sentido de promover atitudes positivas face à sua sexualidade, no sentido que:

“O profissional de saúde deve ser um facilitador que permita ao jovem adolescente aumentar a sua capacidade de decisão e de aceitação das decisões dos outros com quem priva. Tornando possível ao jovem entender e expressar sentimentos e opiniões, fazendo com que este aceite dos outros, sentimentos, opiniões e decisões diferentes das suas.” (Brás, 2012:22)

Esta mesma autora, reforça a ideia, que ao serem os adolescentes os clientes que utilizam os cuidados de saúde com menos frequência, poderá ser um indicador que revela a própria inadequação dos serviços a estes, a questão da acessibilidade e a questão dos receios face à exposição (Brás, 2012).

Aqui, é nossa opinião a necessidade de estimular a abertura dos serviços de saúde aos adolescentes, no sentido de garantir a estes o melhor acesso aos cuidados de saúde, o acesso a informação de qualidade sobre as questões da sexualidade, visto que quanto maior for “o grau de compreensão, de autenticidade e de respeito por parte dos profissionais de enfermagem no atendimento aos jovens que os procuram, mais facilmente eles assimilarão as noções e conceitos de uma vida saudável” (Brás, 2008:176).

Nesse sentido, a “capacitação profissional nesta área da saúde pode ser incrementada de formas diversas e complementares, pela formação pós-graduada, através do desenvolvimento nos currícula dos temas ligados à sexualidade do adolescente” (Brás, 2008:228):

5.2.3 Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura

Da evolução dos conceitos de promoção da saúde, sobressaem as necessidades de formação a que as ciências da saúde procuram dar resposta, com base em determinados modelos de aprendizagem.

Estes modelos de aprendizagem são baseados na conjugação das necessidades e interesses dos alunos, das suas instituições e, naturalmente, nos problemas e prioridades, identificadas através dos diagnósticos de saúde.

De acordo com os valores subjacentes ao conceito de escola e de Promoção da Saúde, o clima de aprendizagem exige alguns pré-requisitos. Assim, a escola entendida como uma comunidade educativa, que “funciona com professores investigadores, com uma postura reflexiva e de colaboração, com alunos a construírem a sua própria aprendizagem, num currículo que gira em torno deles, que é aberto, integrado e flexível) e que se destina a desenvolver competências necessárias neste domínio” (Loureiro, 2008: 72).

Relativamente aos modelos de aprendizagem, estes baseiam-se num processo consciente de construção do conhecimento, através de métodos que estimulam uma reflexão, seguida de um processo de integração dos conhecimentos (Loureiro, 2008).

Partindo destes pressupostos, e se procurarmos traduzir estas premissas para as questões da saúde, a partir do momento que melhor se compreendem as suas crenças, os seus valores, as suas atitudes, será possível planear intervenções mais eficazes que permitem controlar ou modificar os comportamentos adoptados (Reis do Arco, 2011).

Compreende-se, assim, que a educação para a saúde trabalha para a autonomia das pessoas, reforçando os factores de prevenção face aos factores de risco, numa abordagem global e holística.

Actualmente, a área da educação para a saúde nas escolas é entendida como uma parte integrante dessa educação, compreendendo uma multiplicidade de métodos específicos, modelos e orientações (Ministério da Educação, 2005).

Face à necessidade de definir modelos educativos, (em oposição aos modelos tradicionais), os surgimentos das teorias de aprendizagem social vieram permitir o desenvolvimento de novas abordagens e métodos.

Deste modo, a teoria de aprendizagem social de Bandura tem ajudado a explicar as relações de complexidade entre o conhecimento e normas sociais instituídas, e as orientações transmitidas a partir dos programas de educação para a saúde com o objetivo de intervir sobre a alteração dos comportamentos dos indivíduos (Bandura, 1986)

De acordo com Glanz (1999:29), a teoria sociocognitiva é “correntemente a versão dominante utilizada no comportamento de saúde e na sua promoção”.

A Teoria Social Cognitiva, proposta por Albert Bandura, foi formulada, inicialmente, com o nome de Teoria da Aprendizagem Social representando na época uma ruptura epistemológica no sentido que abandonava alguns princípios do behaviorismo em favor de uma nova abordagem cognitivista e social.

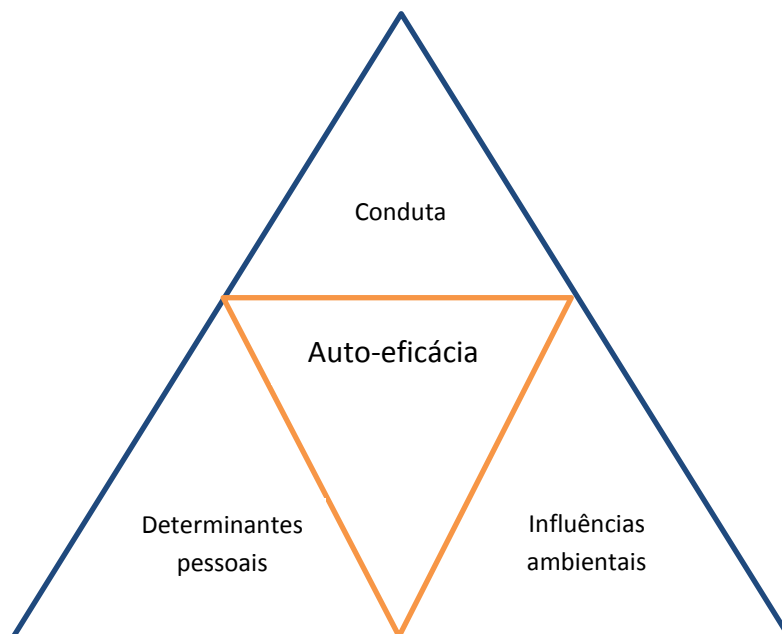
Para melhor compreendermos esta teoria, (Bandura, 1986:18) reforça (...) que os fatores pessoais (crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), o ambiente (recursos, consequências das ações e ambiente físico), assim como o comportamento (atos, escolhas individuais); todos influenciam e são influenciados uns pelos outros.

Com isto, Bandura (1986) esboça a teoria da contiguidade, na qual a aquisição de respostas similares ou imitativas resulta da proximidade de estímulos e de processos simbólicos e cognitivos associados ao contexto estímulo-resposta presentes no processo de aquisição. Com base nos estímulos do modelo e nos processos cognitivos e associações simbólicas ocorridas previamente, o indivíduo é capaz de integrar e transformar estes elementos em respostas estruturadas.

Deste modo, a Teoria Social Cognitiva propõe um modelo explicativo para o funcionamento humano, no qual o indivíduo não é movido exclusivamente por forças internas nem por estímulos externos, mas pelo determinismo recíproco no qual comportamento, fatores pessoais (concepções, crenças, percepções) e o ambiente operam interagindo como determinantes que se influenciam mutuamente, culminando em um modelo de reciprocidade triádica.

Com base nestes pressupostos, a auto-eficácia é determinada por uma tríade de componentes em interação, os quais são determinantes do comportamento do indivíduo: determinantes pessoais, influências ambientais e conduta.

Figura n.º3: Diagrama de interação segundo a Teoria Cognitiva-Social de Bandura



Fonte: Adaptado do Modelo de Reciprocidade de Bandura (1986)

Assim, a partir da observação dos comportamentos de terceiros, o indivíduo pode retirar regras para seu próprio comportamento, incorporando-as nas suas vivências. O termo modelação é caracterizado por processos psicológicos de comparação, sendo que a componente básica destes processos é a observação e a imitação. (Bandura, 1986).

Bandura, Azzi & Polydoro (2008), que define que Bandura recorre a quatro elementos para introduzir a aprendizagem por observação, designadamente:

- Atenção (o indivíduo tem a capacidade de seleccionar entre o que observa e o que pretende observar, sendo que esta seleção é feita em função das características do modelo do observador e da actividade em si).
- Retenção (a informação observada é codificada, traduzida e armazenada no nosso cérebro, com uma organização em padrões, em forma de imagens e construções verbais).
- Reprodução (o indivíduo tem a capacidade de traduzir as concepções simbólicas do seu comportamento armazenado na sua memória nas acções correspondentes).
- Motivação e os Interesses (para que um determinado comportamento aprendido seja executado, é necessária motivação para o fazer, e que esta pode ser atingida através de incentivos).

Estes autores, defendem ainda, que no que ao ensino diz respeito existem quatro conceitos a ter em conta na aprendizagem por observação:

- O ensino de novos comportamentos (quando se pretendem ensinar novas competências ou novas formas de pensar e de sentir, devem-se promover as mudanças de forma deliberada.

- Desenvolvimento das emoções (através da aprendizagem por observação, os indivíduos podem desenvolver reacções emocionais a situações até aí nunca experimentadas).

- Facilitar os comportamentos (podem-se aprender comportamentos que fazemos, não por estarmos especialmente motivados para isso, mas por serem necessários em determinadas situações).

- Troca de Inibições (a inibição surge quando se vê um modelo obter consequências negativas com o seu comportamento, tornando indesejável a sua imitação).

Deste modo, com base nos pressupostos defendidos por Bandura podemos concluir que:

- Os indivíduos podem aprender observando o comportamento dos outros e os resultados desses comportamentos;

- A aprendizagem pode ocorrer sem uma mudança de comportamento, isto é a aprendizagem pode ou não resultar numa mudança de comportamento;

- A cognição desempenha um papel importante na aprendizagem (Dias, 2006).

5.3 AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E A PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nas estruturas do sector da saúde, os enfermeiros são uma peça fundamental face aos objetivos das políticas de saúde, designadamente através da promoção da saúde nas várias dimensões da sua intervenção:

“prestação e gestão de cuidados de alta qualidade, organização de Serviços, intervenção comunitária, entre outras. As suas práticas desenvolvem-se nos vários contextos do desenvolvimento e socialização da criança, Serviços e instituições orientados para o atendimento da infância (Centros de Saúde, Hospitais, Escolas, Creches, Jardins de infância, Associações, etc.), mas fundamentalmente, no contexto básico desse desenvolvimento – a família. A natureza das suas intervenções facilita a colaboração intersectorial, fundamental para a promoção da saúde das crianças e jovens”(Carrondo,2006 :22).

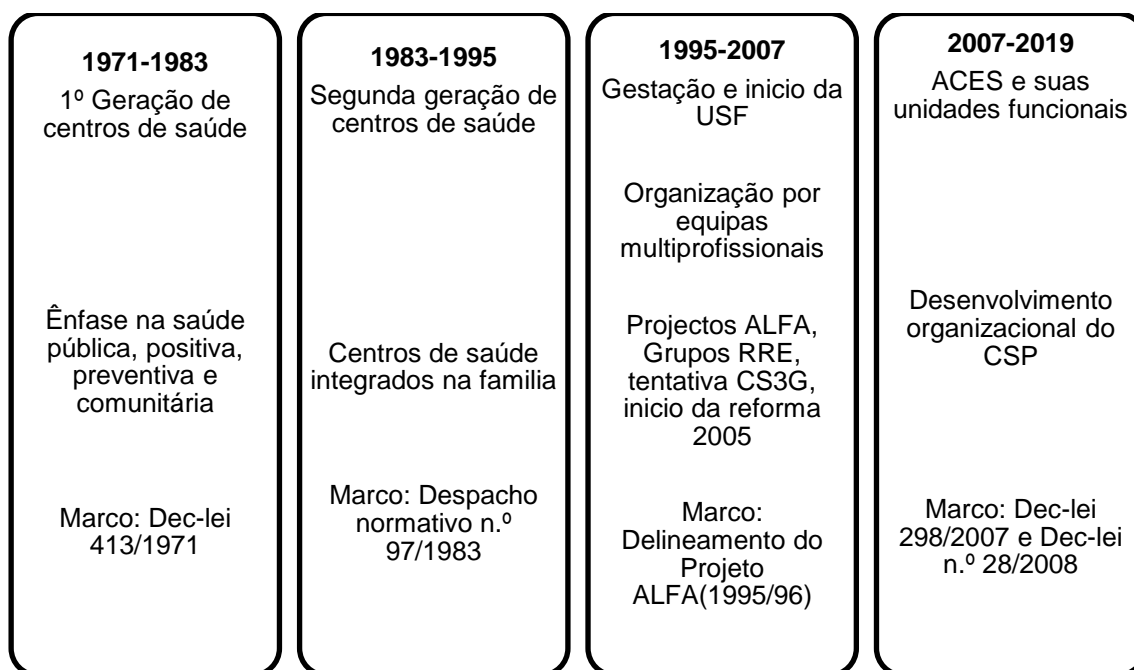
Cada vez mais, a enfermagem se tem vindo a assumir como a área científica do cuidar do ser humano, sendo por isso um recurso fundamental nas melhores práticas de cuidados de saúde, visto os enfermeiros serem os técnicos de saúde que estão mais próximos dos doentes e logo mais conhecedores das suas necessidades de saúde.

Foi a partir da declaração de Alma-Ata que os cuidados de saúde primários foram considerados a chave para atingir um nível de saúde que permitisse a todos uma vida económico social produtiva (WHO, 1978).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários concretizam, num primeiro nível, o “direito à protecção da saúde” consagrado no n.º 1 do art. 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), direito este traduzido no n.º1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, faz assentar o sistema de saúde “nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades” (ACSS,2010:4)

Os cuidados de saúde primários são assim, o primeiro nível de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde, tendo alguns autor vindo a identificar algumas barreiras cronológicas apresentadas na figura n.º 4:

Figura n.º 4: Períodos marcantes na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal.



Fonte - Adaptado de Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

Logo, sistemas de saúde mais orientados para os cuidados primários, são:

- “a) guiados pelos princípios de capacidade de resposta dos cuidados primários às necessidades das pessoas, da orientação para a qualidade, da responsabilidade dos governos, da justiça social, da sustentabilidade, da participação e da transversalidade sectorial;
- b) demonstram melhor desempenho que sistemas mais baseados nos cuidados diferenciados hospitalares, ao nível da saúde da população, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, relação custo-benefício e satisfação dos cidadãos (PNS:2012:3).

Nos últimos anos, temos vindo a assistir a um processo evolutivo no modelo de gestão e organização dos centros de saúde com base “nos cuidados centrados na pessoa, tendo em atenção as famílias, grupos, contexto e orientação comunitários, bem como a participação e responsabilização dos cidadãos e das comunidades surge como o eixo central para a reorganização e evolução de todo o SNS e do sistema de saúde” (PNS, 2012:7).

Atualmente, os centros de saúde estão agregados, no Continente, em 45 agrupamentos (ACES). No que respeita às unidades funcionais dos ACES e ao seu desenvolvimento organizacional e às suas equipas multiprofissionais, existem atualmente cerca de 400 unidades de saúde familiar (USF), para um objetivo a atingir de cerca de 800 a 850. (PNS, 2012).

Assim sendo, a "reorganização de todas as componentes do SNS tem de estar bem sintonizada com este polo central, integrador e coordenador, que envolverá de modo crescente o papel do enfermeiro de família" (PNS, 2012:10).

Os enfermeiros são o "grupo profissional mais amplamente distribuído ao nível dos Cuidados de Saúde Primários em todo o mundo, assumindo os mais diversos papéis, funções e responsabilidades" (ICN, 2012:127).

No entanto, a prática do enfermeiro é socialmente complexa e contraditória, permeada por mitos históricos que compõem o universo de símbolos e o imaginário que se tem da profissão (Pires, 2007), mas é possível "distinguir o 'saber como' e o 'saber que': o primeiro reflete o domínio de uma habilidade, expressando o saber fazer; o segundo é um saber teórico, articulado através da linguagem" (ICN, 2012:127).

Reconhecido o papel da enfermagem para a promoção da saúde, este está consubstanciado pelo Conselho de Enfermagem nos seguintes termos:

"a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente" (Conselho de Enfermagem, 2001:14-15).

A prática da enfermagem "constitui a essência fundamental dos cuidados de saúde primários" (OE, 2008:8) aqui traduzida na definição do ICN

"A enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem". (OE, 2008:8).

Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar CSP.

Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde.

O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida. (OE, 2008:16).

Deste modo, o papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária revela-se fundamental na promoção e educação para a saúde.

Alguns autores têm referenciado que estes 2 conceitos por vezes podem ser alvo de confusão face às suas definições.

As intervenções que visam a promoção da saúde e a prevenção das doenças dirigidas a crianças e jovens desempenham um papel fundamental ao

“preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas e, em particular, num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade. A educação para a saúde visa, por um lado, capacitar os indivíduos para uma atitude positiva que conduza à adopção de estilos de vida saudáveis e, por outra, e num sentido preventivo, evitar que estes se envolvam em situações de risco e dano” (Toldy , *et al.*, 2011: 53).

Assim, a promoção da saúde, terá de

“contemplar o equilíbrio físico e mental do indivíduo, mas também a sua capacidade de ajustamento ao seu meio físico e social, promovendo a sua capacidade de adaptação às mudanças do meio. Mais do que se limitarem à melhoria ou manutenção da saúde individual, os programas de promoção da saúde deverão também ter como propósito a saúde social numa perspectiva de sustentabilidade, implicando nas suas abordagens o ambiente envolvente e adoptando uma perspectiva de futuro (Toldy , *et al.*, 2011:53).

Os educadores de saúde deverão ser capazes de assumir as seguintes responsabilidades: avaliar as necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde; planear programas de educação para a saúde eficazes; implementar esses programas; avaliar a eficácia destes; coordenar o fornecimento de serviços de educação para a saúde; e actuar como elementos de recurso e assumir responsabilidades no âmbito da educação para a saúde (Paúl & Fonseca, 2001).

No que se refere, à obtenção de ganhos em saúde para este grupo etário, os enfermeiros enquadram a promoção da saúde, assente numa visão estratégica da educação para a saúde, como processo sistemático, tendo por base o diagnóstico de saúde e a definição de estratégias que dêem consistência às actividades.

Acrescentam, também, a necessidade de aperfeiçoar competências e de terem maior envolvimento e protagonismo na definição de políticas de saúde para esta etapa do desenvolvimento humano.

Rodrigues (2003) citado por (Teixeira Costa, 2008:33) define educação para a saúde como “um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentadas sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto”

Baseando-se em regras cientificamente fundamentadas, a educação para a saúde é um processo sistemático e interactivo que assenta no desenvolvimento de um trabalho conjunto entre técnicos de saúde e indivíduos/grupos/comunidades para, (em todas as fases), identificar as necessidades educativas, estabelecer metas e objectivos, seleccionar métodos apropriados, implementar o plano e avaliação do processo e produto, no sentido de propor-

cionar aos indivíduos/grupos oportunidades que lhes permitam desenvolver as suas potencialidades e capacidades, para promover alterações positivas nos comportamentos e agir sobre o ambiente com vista à preservação da saúde colectiva.

Neste sentido, o enfermeiro necessita actuar em complementaridade com outros parceiros (de saúde e/ou comunitários) para o desenvolvimento de práticas educativas, “sendo, dentro de uma equipa, o elemento que melhor conhece as pessoas, os seus hábitos e estilos de vida, decorrente dos pressupostos que orientam a formação em enfermagem (holística, abrangente, pluridisciplinar) e pelas frequentes oportunidades de contacto durante a prestação de cuidados de proximidade” (Teixeira Costa, 2008:35)

Rodrigues, Pereira & Barroso (2005:48) reforçam esta ideia, atribuindo aos enfermeiros um papel de relevo entre o grupo de profissionais que contribuem para a eficácia da educação para a saúde, “considerando a sua predisposição histórica para o apoio às pessoas e comunidades bem como a sua experiência educativa resultante da arte de cuidar, quer numa perspectiva curativa quer preventiva”.

Segundo Lash (1990:47), compete ao enfermeiro, enquanto educador de saúde:

“1) saber escutar e perceber quais as crenças e significados de cada indivíduo acerca da saúde e da doença; 2) estabelecer relação de ajuda; 3) empenhar-se no bem-estar das pessoas; 4) participar na aprendizagem da tomada de decisões; 5) facultar a acessibilidade às escolhas disponíveis; 6) desenvolver capacidades de comunicação e aconselhamento; 7) deferir autoridade a si e aos educandos e considerar as influências sociais e os obstáculos à saúde; 8) conseguir respostas eficazes dos educandos face aos desafios e obstáculos que se lhes deparam”.

Deste modo, a educação para a saúde tem um papel de enorme importância ao nível das intervenções de enfermagem com a finalidade de promover atitudes e comportamentos positivos de saúde.

Face ao desenvolvimento do nosso projeto, relativo à sexualidade na adolescência este preconiza as orientações da OE, orientações, estas traduzidas no parecer 109/2009:

“A educação sexual escolar deve ser leccionada num contexto holístico da criança, adolescente e jovem como um todo, de forma personalizada, em contexto lectivo, grupos focados no tema e individualmente. O mais importante não é basear a orientação sexual na anatomofisiologia e no uso de preservativos e outros anticoncepcionais, mas, sim, no resgate do indivíduo enquanto sujeito de suas acções, o que favorece o desenvolvimento da cidadania, do respeito, do compromisso, do autocuidado e do cuidado com o outro (...) O enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar. Relativamente ao enfermeiro especialista de saúde comunitária “este actua adoptando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com os outros profissionais “ OE, 2011:3).

Neste sentido, o enfermeiro especialista deverá ser detentor de um aprofundado domínio da enfermagem “tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas saúde/doença, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE, 2011:4).

Com base nos pressupostos apresentados, espera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2011;8667).

Em Portugal, constata-se um aumento da preocupação política com as questões da Educação para a Saúde em meio escolar: Neste contexto é importante realçar a importância do trabalho articulado entre os vários agentes educativos.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 é o documento orientador face ao planeamento e operacionalidade no Sistema de Saúde, este define-se:

- “i) como uma plataforma para comunicar objetivos e organizá-los em ações, indicadores, metas e prioridades; ii) com foco na avaliação do impacto na saúde; iii) considerando as ameaças à sustentabilidade; iv) suportando o alcance de ganhos em saúde através de objetivos intermédios, como a redução da mortalidade sensível aos cuidados e à promoção da saúde, a integração dos cuidados de saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.” (DGS, 2012:6).

No entanto, o próprio conceito de saúde ele é dinâmico, o PNS 2012-2016 cita o conceito definido por Bircher (2005) em que “Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (DGS,2012:9).

Parte II

ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. O ESTÁGIO

O estágio é um momento de enorme importância no processo formativo do especialista em enfermagem comunitária, pois este revela-se, como a oportunidade de traduzir para a prática os conhecimentos adquiridos durante a formação teórica.

É consensual, que a aprendizagem é mais eficaz quando esta é adquirida através da experiência, visto que a retenção efectuada pelo aluno é maior, sendo assim; são indiscutíveis as vantagens para nós como futuros profissionais de saúde comunitária a frequência do estágio.

Neste contexto, a aprendizagem faz-se no local de trabalho, aliando-se o conhecimento teórico ao ensino prático, fortalecendo-se assim o conhecimento adquirido.

Segundo Rocha de Oliveira & Piccinini (2012:46):

“No limite entre a universidade e o mundo produtivo, têm-se os estágios que, em décadas anteriores, foram criados pelas instituições de ensino como meio de complementação da formação e acesso ao mercado de trabalho. Atualmente, os estágios confirmam o seu papel de inserção profissional organizada, estruturada na convergência dos sistemas educativo e produtivo, em que a escola/universidade já incorpora aspetos de aprendizado prático à formação”.

O estágio é assim, um momento de enorme riqueza quer pessoal quer profissional (permite o desenvolvimento das competências sociais e as habilidades profissionais), pois durante este, os estudantes “estreitam a sua relação com o mercado de trabalho e embora possam ter alguma experiência anterior, os estágios são reconhecidos como o momento em que o trabalho e a profissão vinculam” (Oliveira, 2009:354).

Mas para passarmos por esta experiência é fundamental reflectirmos sobre o que é educar.

Reimão refere que (2011:21):

“educar consiste em oferecer e transmitir um modo de viver e de entender a vida, numa dimensão de liberdade; educar é acreditar na perfectibilidade do homem, na sua capacidade para aprender e para se aculturar; é acreditar no desejo do saber que o impele; é acreditar que os homens podem ajudar-se mutuamente através do conhecimento; mas educar é também um compromisso humano, o mais humano e o mais humanizado de todos. Esta humanização implica valores; são eles que determinam e orientam as finalidades da educação, obrigando-a a configurar-se como um permanente projecto em superação.”

Deste modo, quando exercemos a função de educadores temos que ter consciência que este é um processo de troca de saberes entre os educadores e os educandos, no nosso caso entre o enfermeiro especialista de saúde comunitária e os alunos alvos das sessões de educação para a saúde.

No nosso estudo população alvo foram os jovens da Escola Secundária de São Lourenço.

O estágio teve lugar de junho de 2013 a fevereiro de 2014 e foi traduzido na elaboração de um cronograma das atividades a desenvolver (apêndice VII).

1.1.CAMPO DE ESTÁGIO - ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO

O estágio teve lugar na escola Secundária de São Lourenço. Esta é uma escola de referência para a cidade e para os concelhos vizinhos.

Historicamente esta escola é conhecida há cerca de 150 anos, sendo a sua localização actual, na Av. George Robinson, freguesia de S. Lourenço.

Ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando-se um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, a Escola Secundária de São Lourenço no ano lectivo 2013/2014 registava cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente, relatamos 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

Atualmente, a escola não pertence a qualquer agrupamento escolar. Os órgãos encontram-se estruturados como estipulado no Decreto-Lei nº 75/2008, de 22 de Abril e são compostos por Conselho Geral, Direção, Conselho Pedagógico e Conselho Administrativo, sendo que o Director exerce também a presidência dos Conselhos Pedagógico e Administrativo.

O projeto educativo da escola, define estratégias de promoção da saúde através da organização de atividades de enriquecimento curricular, sendo que umas das áreas referidas nesse mesmo projecto educativo é a educação sexual, consubstanciado no Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual.

Este projecto dá cumprimento à Lei nº 60 de 6 de agosto que torna obrigatória a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde (PES), como área de formação global do indivíduo, no Projecto Educativo da Escola.

Face ao regimentado, a escola lecciona uma disciplina de educação sexual com uma carga horária mínima de 12 horas distribuídas ao longo do ano letivo “ (...) deverá ser distribuída de forma equilibrada ao longo do ano lectivo, incorporando um conjunto de conteúdos disciplinares de forma transversal, a constar no Projecto Curricular de Turma, elaborado no início do ano lectivo.” (PES-ESSL, 2010:13).

O projecto educativo elucida que abordagem deve ser efectuada “ (...) parte da perspectiva de desenvolvimento da pessoa, na sua globalidade, no sentido em que a sexualidade é considerada uma força estruturante no processo de evolução individual.” (PES-ESSL, 2010:13).

Relativamente às metodologias que devem ser utilizadas, as mesmas devem promover uma “ (...) abordagem feita de uma forma explícita, intencional e pedagogicamente estruturada e implementada de forma gradual e equilibrada, respeitando as orientações legais e atendendo às questões e aos anseios dos alunos, dos pais e encarregados de educação.” (PES-ESSL, 2010:13).

Em termos de desenvolvimento, a planificação do Projecto de Educação Sexual integra o Projecto Curricular de Turma logo é planeado, em Conselho de Turma em colaboração com o representante dos encarregados de educação e discutido com os alunos.

No que diz respeito aos procedimentos, o projecto educativo atribui a responsabilidade do Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual ao professor responsável da disciplina de educação sexual em cada turma, sendo que este sugere “ (...) que haja uma interdisciplinaridade, aplicando-se o conceito de transversalidade que o tema encerra.” (PES-ESSL, 2010:14).

As estratégias a desenvolver para a consecução do projecto, o projecto educativo indica que “ (...) para minimizar os conflitos de conceitos, pela especificidade que os conteúdos apresentam, sejam dados pelo professor de Biologia do conselho de turma ou outro profissional convidado que tenha habilitações próprias para tal. No entanto, é importante que prevaleçam as situações de abordagem dos conteúdos em contexto de sala de aula.” (PES-ESSL, 2010:14).

A escola procura ainda desenvolver outras actividades de enriquecimento escolar e pessoal dos seus alunos, entre estas refira-se as emissões de radio da responsabilidade dos alunos, e ainda a Tuna mista a “Allituna” e o grupo de teatro.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população envolvida no nosso estudo foi constituída por 214 alunos, 99 rapazes (46,3%) e 115 raparigas (53,7%), cuja idade variou entre os 13 e os 20 anos.

Da amostra, 77 jovens frequentavam o 7.º ano (37,6%) e 128 jovens o 10.º ano de escolaridade, correspondendo a 62,4% do total do número de alunos

A idade média dos participantes do estudo é de 14,7 anos e a mediana o valor é de 15 anos.

Na sua caracterização sociodemográfica os pais dos jovens são na sua maioria casados (cerca de 67,8%), admitindo cerca de 98,1% dos jovens viver com a família.

No que diz respeito à religião, 78%, dos jovens dizem ser católicos. No entanto, a maioria dos jovens (50%) dizem-se não praticantes em oposição a 38% que referem ser praticantes.

Quadro n.º1: N.º total de alunos por turma

| | | | |
|-------------------|------------------------------------|---------|-----------|
| 7º Ano | | Turma A | 22 Alunos |
| | | Turma B | 21 Alunos |
| | | Turma C | 9 Alunos |
| | | Turma D | 24 Alunos |
| 10º Ano | Curso de Ciências e Tecnologias | Turma A | 28 Alunos |
| | | Turma C | 24 Alunos |
| | Curso de Ciências Socioeconómicas | Turma E | 17 Alunos |
| | Curso de Línguas e Humanidades | Turma F | 22 Alunos |
| | Curso de Artes Visuais | Turma H | 21 Alunos |
| | Curso Técnico de auxiliar de Saúde | Turma I | 26 Alunos |
| Total: 214 alunos | | | |

Fonte: ESSL (tratamento próprio)

1.3 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde.

Para Imperatori e Giraldes (1993:47), "o diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para por em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados."

Ainda segundo Imperatori & Giraldes (1993), a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação, tornando-se assim fundamental conhecer a realidade da população a estudar.

No nosso estudo, partimos com a finalidade de conhecer as atitudes, os sentimentos e as crenças dos adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço relativamente à sexualidade.

O estudo das atitudes face à sexualidade é relevante, porque as mesmas são uma predisposição para opinar, sentir e atuar face aos objetos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes sociais e condutas sexuais. (López, 2009; Ribeiro *et al.*, 2012).

A possibilidade de conhecer estas atitudes assume extrema importância na medida em que nos permitirá entender como os jovens se sentem com a sua sexualidade e as decisões que poderão tomar na vivência da mesma (Ribeiro *et al.*, 2012).

Neste sentido, foram definidas as seguintes questões de partida:

- Quais as atitudes dos adolescentes face à sexualidade?
- Qual a relação entre as suas atitudes e variáveis como a idade, o sexo e religião?
- Onde procuram informação sobre a temática e qual a importância que dão a cada uma das fontes de informação?
- Será que os adolescentes conversam com os pais sobre o assunto?
- E quais os temas que abordam mais? A população em estudo tem um perfil mais ou menos conservador face à sexualidade?

Para construir esse mesmo diagnóstico, o grupo de mestrandos procedeu à aplicação de instrumento de colheita de dados, (questionário) instrumento este já validado e aplicado em estudos anteriores, e com base na amostra definida.

A amostra, inicialmente, era constituída por 96 alunos do 7º ano e 156 alunos do 10º ano de escolaridade, totalizando 256 alunos.

É importante referir que após as devidas autorizações legais e por razões de não comparência de alguns alunos, ou por não autorização dos encarregados de educação para preenchimento dos questionários a nossa amostra passou a ser de 214 alunos.

A aplicação do questionário decorreu entre os dias 15 e 24 do mês de Maio de 2013 às turmas seleccionadas para amostra e em ambiente de sala de aula apenas aos alunos que tinham autorização dos encarregados de educação.

Os resultados obtidos, evidenciam que a maioria dos jovens inquiridos na amostra são do sexo feminino (53,7%) sendo 46,3% do sexo masculino, a idade dos intervenientes varia entre os 13 e os 20 anos.

O nosso estudo, procurou ainda identificar quais os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade. Do levantamento desta questão, podemos concluir que os jovens a quem recorrem em primeiro lugar são os amigos (48,6%). A mãe é identificada em cerca de 19,6% das respostas como canal referencial destas questões, sendo que apenas 3,3% referem o pai.

Os pais surgem como apoio para cerca de 9,3%. Com valores muito inferiores surgem os irmãos (3,3%) e os professores com 2,8%.

Nesta questão, cerca de 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.

À questão relativa à dificuldade de os jovens em conversar com os pais na sua grande maioria (70,6%), refere não ter dificuldade sendo que apenas 29,4 % assume que sim. Esta questão revela que para os jovens a principal fonte de informação e partilha são os seus pares.

À questão se os jovens inquiridos já tomaram a decisão de iniciar a sua vida sexual, os inquiridos na sua grande maioria (70,6%), responderam que não, sendo que apenas 29% afirmar que já decidiram começar a ter relações sexuais.

À pergunta relativa sobre qual o método contraceptivo que os inquiridos escolhem, na sua vida sexual 68,2 % referem que nenhum. Esta resposta induz para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz com os jovens, matérias relativas à contraceção.

O preservativo surge como a escolha para cerca de 26,6% dos jovens. A pilula traduz um valor residual de apenas 2,8% das respostas.

Na resposta à questão se tem amigos homossexuais, a maioria dos jovens (62,1%) respondeu de forma negativa (logo têm amigos apenas heterossexuais) e 37,9% afirmou que tem amigos que identifica com tendências homossexuais.

No questionamento aos jovens sobre a sua preocupação com o VIH (SIDA), na sua grande maioria (85%) afirmaram que sim que é uma questão que os preocupa, sendo que apenas 15% responderam que não se preocupam com esta questão.

Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, naturalmente cerca de 71,4% dos jovens responderam de forma positiva à questão se a imagem corporal era uma preocupação sua.

Na resposta à questão sobre quem os jovens recorrem para abordar temas como a SIDA, imagem corporal e homossexualidade, cerca de 79,4% dos inquiridos referem serem os amigos a quem procurem em primeiro lugar para falar sobre estas temáticas, sendo que 41,6% dos participantes assumem recorrer aos colegas.

Nos tempos que correm a internet é fonte de informação cada vez mais importante para os jovens, sendo que cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas questões através desta ferramenta.

Da população estudada apenas cerca de 10,3% refere o professor como apoio ao esclarecimento destas questões.

Refira-se ainda que os livros e as revistas são ainda uma escolha dos jovens com 14% e 15,9% respetivamente. Já o padre surge com um valor residual de 2,3%.

Relativamente à questão que procura avaliar com que frequência os inquiridos falam com a mãe sobre temas de sexualidade, podemos concluir que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens. Da análise, podemos concluir que existem temas que os inquiridos referem nunca falar designadamente: pornografia (79,4%) os sonhos molhados (77,6%), e a masturbação (74,8%).

Relativamente aos temas que os jovens também nunca falam com a mãe, surgem ainda com percentagens elevadas, a vida sexual dos adultos, (44,9%) a pílula (45,8%), a homossexualidade (43,0%) e o aborto com 42,5%.

As temáticas sobre a sexualidade que surgem como mais frequentemente abordadas pelos jovens com a mãe são: o namoro (31,3%), as mudanças corporais na adolescência, (36,0%) a SIDA (13,1%) outras doenças sexualmente transmissíveis (13,6%) e a gravidez (13,6%).

Os temas que os jovens referem como abordar sempre com a mãe destacam-se: período menstrual (22,9%), namoro (21,5%) e as mudanças corporais na adolescência (12,1%).

Quando comparadas as respostas relativas à frequência com que falam com a mãe e com pai sobre questões relacionadas com a sexualidade verifica-se uma sobreposição dos mesmos. Isto significa que não há diferenças significativas no que diz respeito às questões abordadas pelos jovens quer com as mães quer com os pais.

Sobressaem como assuntos nunca abordados pelos jovens com o pai a masturbação (83,6%), os sonhos molhados (82,2%), a pílula (82,2%), a pornografia (79,9%) e a vida sexual dos adultos (73,4%) e o aborto (73,4%).

Relativamente aos temas mais frequentemente abordados com os pais surgem as mudanças corporais na adolescência (8,9%) e o namoro (13,6%).

Destaque-se que 7, 6 % dos jovens inquiridos refere falar sempre com o pai sobre namoro.

À questão se os jovens se consideravam bem informados relativamente às questões sobre a sexualidade, a maioria da população em estudo (76,6%) respondeu afirmativamente, sendo que cerca de 23,4% dos inquiridos referem que não estão bem informados relativamente a esta temática.

No estudo desenvolvido procurou-se ainda conhecer como os jovens consideravam o papel dos pais na sua educação sexual.

Sobre esta questão 31,3% dos jovens considera que o papel dos pais é muitas vezes importante, 27,6% importante, e 21,0% muito importante.

Por seu lado 7,9% dos jovens assumem ser o papel dos pais pouco importante.

Quanto à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens participantes do estudo, verifica-se que a escola, os pais e os amigos surgem como os mais relevantes. Já 21,0% dos jovens referem o papel dos amigos como muito importante, dos pais também com 21%, logo seguido da escola com 17,3%.

Outro dos interlocutores referidos como muito importante face ao seu papel na educação dos jovens surge a internet com cerca de 14,5% e os livros científicos com 7,0%. Menos referenciados em termos de importância surge a imprensa escrita (2,8%) e a igreja (1,9%).

Relativamente à religião e à sua prática, os resultados obtidos revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes face à sexualidade entre os jovens que têm ou não religião e se são ou não praticantes.

Os resultados também evidenciaram que os jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade, sendo que a internet surge também como um recurso muito utilizado.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal / conservador face à sexualidade conclui-se que:

- Quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, face a atitude liberal/conservador perante a sexualidade;
- Os jovens que se dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade. Esta questão parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas.

Um dos principais objetivos do nosso estudo prendia-se com a construção de um índice liberal /conservador, índice este que revelou que os jovens inquiridos são tendencialmente liberais com um valor de índice de 64,5%.

1.3.1. Problemas Identificados

Face à análise de diagnóstico realizado, identificamos os seguintes problemas:

- 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.
- 68,2 % dos inquiridos (que já iniciaram a sua vida sexual) referem que não utilizam qualquer método contraceptivo
- Dificuldades por parte dos jovens em abordarem as questões da sexualidade com os seus pais (29,4% ainda referem sentir-se pouco à vontade para abordar estes assuntos).
- Os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade são os amigos (48,6% dos inquiridos).
- A enorme dificuldade dos jovens em abordarem temas da sexualidade como, masturbação, pilula, sonhos molhados, homossexualidade e aborto
- A grande importância atribuída pelos jovens a internet como fonte de informação sobre as questões da sexualidade
- Cerca de 23,4% dos inquiridos respondeu não estar bem informado sobre sexualidade.

Neste levantamento, podemos assim concluir, que em termos gerais os jovens se avaliam como bem informados sobre as questões da sexualidade, e ao mesmo tempo assumem serem os seus amigos a sua principal fonte de informação (a par da internet).

Esta questão traduz a evidência levantada no enquadramento teórico, que reforça a importância de nos processos de educação para a saúde dos jovens, em alertar para a importância da qualidade, das fontes de informação.

1.3.2 Necessidades identificadas

As denominadas necessidades de saúde não se restringem aos processos biológicos, e nem sequer podem ser consideradas apenas na perspectiva individual, sendo que muitas destas são determinadas e construídas socialmente, traduzindo assim uma relação dialéctica entre o indivíduo e a sociedade.

Imperatori (1982:16), refere que “ as necessidades de saúde podem ser reais (identificadas pelo investigador) ou sentidas, que podem ou não ser expressas pelos indivíduos e /ou comunidades analisadas.

Com base nestes pressupostos foram identificadas as seguintes necessidades:

- Referenciar a importância da qualidade das fontes de informação sobre sexualidade;
- Esclarecer algumas questões relativas aos meios contraceptivos, à gravidez e IST;
- Esclarecer sobre as mudanças corporais, e as transformações sofridas nesta nova fase da vida dos jovens;
- Reforçar a importância do papel dos pais e na boa comunicação com estes;
- Desmitificar alguns dos temas ainda considerados tabus pelos jovens;
- Abordar as matérias sobre sexualidade com alguma informalidade, pois muitos dos jovens ainda revelam não falar destes assuntos com ninguém.

1.4 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda etapa do processo de planeamento em saúde é, fundamentalmente, um processo de tomada de decisão.

Sobre a escolha dos critérios e segundo Imperatori e Giraldes (1993:65), e esta depende muitas vezes “da opinião dos planificadores, sendo muitas vezes de natureza subjectiva. Para contrariar esta tendência é importante criar um grupo multidisciplinar que decida de forma consensual quais os problemas mais importantes”.

Deste modo, e após a identificação dos problemas e a determinação das necessidades, reuniu-se com a coordenação do mestrado e com a direcção da escola com o objetivo de decidir quais as áreas prioritárias onde deveríamos intervir, tendo sido definidas as seguintes:

- Fontes de informação
- VIH (SIDA)
- Métodos contraceptivos
- Identidade e sexualidade

Com base no enquadramento teórico e tendo em conta o perfil dos problemas identificados, considerou-se ser a metodologia de formação direccionada e em sala de aula a mais correcta.

Assim, o grupo de trabalho considerou a possibilidade de intervir de forma integrada sobre os problemas identificados, dando seguimento ao enquadramento legal definido através do Dec. Li n.º 60 de 6 de Agosto, conclui-se que os temas a abordar nas sessões de educação para a saúde, seriam os seguintes:

Quadro n.º 2: Temas a abordar nas sessões de educação para a saúde, por ano escolaridade

| 8.º Ano | 11.º Ano |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Auto-estima | <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de sexualidade |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identidade sexual | <ul style="list-style-type: none"> • Orientação sexual |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos, gostos e decisões | <ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos sexuais |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Relações com pares, com a família, com os outros |

1.5 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A etapa seguinte do processo de planeamento é a Fixação de Objetivos.

Os objetivos estabelecem a finalidade do nosso projecto, traduzindo assim o que pretendemos fazer, de forma lógica e operativa.

Definimos como **objetivo geral**:

- Contribuir para a promoção de uma sexualidade saudável e responsável, dos jovens do 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre através de sessões de educação para a saúde.

Como **Objetivos específicos**:

- Implementar as acções previstas de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual;
- Contribuir para a informação dos jovens sobre a sexualidade
- Avaliar a competência e profissionalismo dos técnicos face as sessões de educação para a saúde
- Avaliar utilidade dos temas abordados nas sessões de educação para a saúde para os jovens
- Avaliar a satisfação dos jovens relativamente às acções de educação para a saúde efectuadas.

Indicadores de medida:

De acordo com o OCDE, (2002) um indicador é um fator ou variável quantitativa ou qualitativa que fornece um meio simples e confiável para medir a realização, para refletir as mudanças ligadas a uma intervenção, ou para ajudar a avaliar o desempenho de um ator do desenvolvimento.

Um indicador pode definir-se como uma descrição dos objetivos do projeto, em termos de quantidade, qualidade, grupo(s) alvo, tempo e lugar (CE,1999).

Geralmente, os indicadores tem assim um denominador comum, referem-se a informações específicas traduzidas numa determinada grandeza de base analítica, com o objetivo de medir um determinado fenómeno ou processo, sendo uma importante ferramenta de apoio à decisão.

Deste modo, e com base nos objetivos definidos para o nosso projecto definimos, respetivamente às actividades as seguintes metas e indicadores:

Quadro n.º3: Indicadores de Atividade, Atividades e Metas

| Indicadores de Atividade | Atividades | Metas |
|--|---|--|
| $\frac{\text{N.º de reuniões realizadas}}{\text{N.º de reuniões previstas}} \times 100$ | Articulação com a direção da escola | 100% na realização das reuniões previstas |
| $\frac{\text{N.º de sessões elaboradas}}{\text{N.º de sessões previstas}} \times 100$ | Elaboração das apresentações a utilizar nas sessões de educação para a saúde, sobre as temáticas definidas e no âmbito das necessidades identificadas | 100% das sessões elaboradas |
| $\frac{\text{N.º de respostas com satisfeito e muito satisfeito com a utilidade dos temas}}{\text{N.º de questionários respondidos}} \times 100$ | <p>I) Realização das sessões de educação para a saúde, com base nas necessidades identificadas e nos normativos face aos conteúdos a contemplar para cada população alvo do estudo.</p> <p>II) Entrega do questionário de avaliação, no final da sessão</p> | 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões; |
| $\frac{\text{N.º de respostas com satisfeito e muito satisfeito com a competência e profissionalismo dos técnicos}}{\text{N.º de questionários respondidos}} \times 100$ | <p>I) Realização das sessões de educação para a saúde, com base nas necessidades identificadas e nos normativos face aos conteúdos a contemplar para cada população alvo do estudo.</p> <p>II) Entrega do questionário de avaliação, no final da sessão</p> | 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com competência e profissionalismo dos técnicos |
| $\frac{\text{N.º de respostas com satisfeito e muito satisfeito com a forma dos temas abordados}}{\text{N.º de questionários respondidos}} \times 100$ | <p>I) Realização das sessões de educação para a saúde, com base nas necessidades identificadas e nos normativos face aos conteúdos a contemplar para cada população alvo do estudo</p> <p>II) Entrega do questionário de avaliação, no final da sessão</p> | 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a forma como os temas foram abordados |
| $\frac{\text{N.º de respostas com satisfeito e muito satisfeito com as sessões realizadas}}{\text{N.º de questionários respondidos}} \times 100$ | <p>I) Realização das sessões de educação para a saúde, com base nas necessidades identificadas e nos normativos face aos conteúdos a contemplar para cada população alvo do estudo</p> <p>II) Entrega do questionário de avaliação, no final da sessão</p> | 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com as sessões efectuadas. |

Estes indicadores, são assim o nosso ponto de referência para compreender como a nossa população alvo avaliou o nosso projecto, como os jovens se sentiram durante as sessões de educação para a saúde e ao mesmo tempo como foi avaliado o nosso desempenho durante o processo.

1.6 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na formulação da estratégia, temos que ter em linha de conta, os nossos objetivos e os nossos recursos, promovendo-se assim a realização do nosso plano de ação, logo “as estratégias são grandes linhas de ação para atingir os objetivos” (Tavares, 2004, 89).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993:87) “ a etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.”

Para Tavares (1990:149) a escolha da estratégia a utilizar deverá ser feita em função de quatro parâmetros: os custos, os obstáculos a pertinência e as vantagens/ inconvenientes de cada estratégia.

Por estratégia entende-se, ser um conjunto de decisões coerentes e integradas que determinam a concretização dos objetivos definidos, sendo que a forma como as estratégias são delineadas e executadas não é um processo igual em todas as comunidades, resultando antes de uma combinação de características e condições tais como: o meio onde vamos intervir, a dimensão da intervenção, os recursos humanos e financeiros que dispomos.

Foi com base nestes pressupostos, que recorreremos às estratégias de educação para a saúde, tendo na sua base o modelo teórico proposto por Bandura a denominada teoria cognitiva-social.

As teorias de aprendizagem social centram-se nos factores que influenciam o comportamento em si, caracterizam muitas das novas abordagens e métodos de trabalho que se têm tornado aceites na educação para a saúde nas escolas, sendo que a teoria da aprendizagem social de Bandura (Bandura, 1986, 1989, 1992) têm ajudado a identificar e explicar as relações complexas entre conhecimento, crenças e normas sociais percebidas e proporcionam uma orientação prática nos conteúdos dos programas educativos para promover a mudança de comportamento num dado conjunto de circunstâncias. (Vilaça, 2007)

Tal como já anteriormente tinha explicado, esta é uma teoria já muito testada nestes modelos formativos e com base nas temáticas da sexualidade, vistos que estas traduzem uma multiplicidade de modelos e orientações.

No entanto, e segundo Frade *et al.*, (2009) as acções desenvolvidas deverão estar adaptadas às várias fases de desenvolvimento psicossocial e às várias idades.

Da mesma forma as necessidades formativas e os interesses de rapazes e raparigas são diferentes num mesmo escalão etário.

Reforça este autor, que “embora não sejam de excluir pequenas exposições sobre uma ou outra questão, longas dissertações para grandes audiências não são os melhores caminhos pedagógicos em Educação Sexual.” (Frade *et al.*, 2009:24).

Propõe o (GTES, 2007:18) que “para além da informação pertinente prestada no contexto das acções de formação, é necessário abordar a afectividade como uma das componentes essenciais de uma sexualidade responsável.”

Actualmente, o desafio no âmbito da educação para a saúde é criar condições nas escolas para a implementação de projectos de capacitação que incluam uma abordagem *bottom up* numa abordagem contextual mais ampla (Vilaça, 2007).

Deste modo e face ao exposto procuramos operacionalizar as seguintes estratégias:

1 – Divisão do grupo de mestrandos em dois subgrupos

Face ao definido nas linhas de orientação sobre a abordagem destas temáticas, optou-se por dividir o grupo de trabalho em dois subgrupos de forma a se conseguir uma abordagem mais adequada à população alvo, quer ao nível dos temas, metodologias e as próprias características da população participante no projecto.

2 – Preparação e realização de sessões de educação sexual e reprodutiva às turmas de oitavo ano da Escola Secundária de São Lourenço

Como base nas orientações relativamente ao ambiente formativo dos jovens, e que vão no sentido, que estas sessões deverão ser promovidas em pequenos grupos, onde cada jovem se sinta à vontade para participar e colocar questões, optou-se pela realização de 3 (três) sessões a 3 (três) turmas de 8.º ano de escolaridade.

Relativamente aos conteúdos a abordar durante a sessão foram: a auto-estima, identidade sexual, sentimentos, gostos e decisões.

Para a abordagem destes temas, o grupo centrou-se nos modelos activos e técnicas que estimulassem os jovens a participar e onde o formando aprende por descoberta pessoal, tais como jogos pedagógicos, por forma a criar um clima de confiança na abordagem das temáticas da sessão.

3 – Realização de sessões de educação sexual e reprodutiva às turmas de décimo-primeiro anos da escola secundária de São Lourenço

Estas sessões foram dirigidas às (11) onze turmas de décimo primeiro ano de escolaridade. Nestas sessões foi criado um ambiente pedagógico que permitiu aos jovens poderem colocar todas as questões, através de metodologias activas, para a explanação dos conteúdos teóricos, utilizou-se o método expositivo, sendo que os temas abordados foram os seguintes: Conceito de sexualidade, orientação sexual, comportamentos sexuais e relações com pares, com a família, com os outros.

4 – Avaliação

Optamos por esta estratégia, por considerarmos que a avaliação é sempre um processo complexo, mas esta não deixa de ser um aspecto muito importante em qualquer intervenção de âmbito comunitário, pois ajuda-nos a corrigir os caminhos traçados e a prevenir os erros futuros, e ao mesmo tempo, permite-nos perceber se atingimos os objetivos definidos.

Logo, é da máxima relevância, conhecer a forma como o nosso processo foi concluído e perceber se fomos eficazes ao nível dos nossos resultados.

Em relação aos recursos utilizados para a avaliação da nossa intervenção, foi aplicado um questionário de avaliação de satisfação de resposta anónima. No final de cada sessão foi ainda efectuada uma avaliação geral, que procurou perceber se os participantes do estudo tinham percepcionado mudanças ao nível dos seus conhecimentos face aos conteúdos abordados nas sessões.

Deste modo, os nossos processos avaliativos pretenderam ser participativos e dinâmicos.

1.7 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Um programa é “o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo.” (Imperatori e Giraldes 1993:129)

Concluídos a fixação dos objetivos e a definição das estratégias, avançamos para a etapa seguinte do planeamento em saúde, que no nosso caso se traduziu na elaboração de um projeto de estágio individual.

Este projecto individual de estágio (PIE), foi construído com o objetivo de orientar o nosso percurso durante a intervenção comunitária (Apêndice I).

No PIE, foram expressos os nossos objetivos individuais, competências a desenvolver durante o estágio e indicadores de avaliação.

Com o objetivo de operacionalizar todo o processo de intervenção, foi delineado um cronograma de actividades, com o objetivo de planificar bem a nossa intervenção e ao mesmo tempo monitorizar o desenvolvimento da mesma, com o objetivo de evitar possíveis atrasos na conclusão das actividades, visto o cronograma ser um mapa visual das actividades futuras da nossa intervenção (Apêndice VII).

O projeto foi definido para ter lugar entre Junho de 2013 e Fevereiro de 2014, e abrangeu 3 turmas dos oitavos anos e 6 turmas de décimos-primeiros anos em 9 sessões de educação sexual, num total de cerca de 241 alunos.

1.8 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO E EXECUÇÃO

Cumprindo-se a etapa seguinte do processo de planeamento em saúde, pretende-se aqui aprofundar detalhadamente as acções a realizar no âmbito da nossa intervenção comunitária, nomeadamente conteúdos pedagógicos e recursos humanos e materiais

Deste modo, na sequência da aprovação da coordenação do estágio, tal como pela direcção da escola, o grupo de trabalho, (onde nos incluímos), preparou a definição pormenorizada de toda a intervenção.

Assim, procedemos à elaboração de planos de aula e também foram realizadas reuniões de trabalho com a direcção da escola com o objetivo de definir os procedimentos de âmbito mais administrativo, tais como a definição dos locais e os tempos letivos para realizar as sessões de educação e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Nesta fase, também efectivamos o levantamento dos meios e equipamentos necessários, designadamente os meios informáticos e de multimédia.

Procurando-se cumprir o normativo face aos temas a abordar, foram realizadas 2 (duas) apresentações recorrendo para o efeito ao software PowerPoint. A escolha desta ferramenta resultou das suas potencialidades em formação, designadamente a possibilidade de poder usar imagens, sons, vídeos e texto, que nos pareceu o indicado para a nossa população alvo.

No momento seguinte, procedemos à elaboração de 2 (dois) planos de sessão relativos às sessões de educação para a saúde, designadamente:

- 1 – Organização de uma sessão de formação direccionada para os 8.º anos e respectivo plano de aula; (Apêndice II)
- 2 – Organização de uma sessão de formação direccionada para os 11.º anos e respectivo plano de aula; (Apêndice III)

Face à necessidade de otimizar os recursos e o tempo disponível dos alunos, foi em articulação com a direcção da escola definida a data de realização das sessões, que tiveram lugar entre os dias 13 e 17 de Janeiro de 2014. Estas sessões foram inseridas nos tempos lectivos de diversas disciplinas, mas para o efeito curricular dos alunos foram contabilizadas como horas da disciplina de educação sexual.

Todas as sessões contaram com a presença de todos os alunos da especialidade, sendo que Professora Coordenadora do projeto, esteve presente em algumas das sessões realizadas.

Concretamente, em relação aos oitavos anos, a intervenção abrangeu as turmas A, B e C num total de 77 alunos.

O Ministério da Educação conjuntamente com o Ministério da Saúde propõem como linhas orientadoras para o ensino da Educação Sexual ao nível do 2.º e 3.º ciclos, o aumento e consolidação de conhecimentos acerca:

“das dimensões anátomo-fisiológica, psicoafectiva e sociocultural da expressão da sexualidade; do corpo sexuado e dos seus órgãos internos e externos; das regras de higiene corporal; da diversidade dos comportamentos sexuais ao longo da vida e das diferenças individuais; dos mecanismos da reprodução; do planeamento familiar e, em particular, dos métodos contraceptivos; das infecções de transmissão sexual, formas de prevenção e tratamento; dos mecanismos da resposta sexual humana; das ideias e valores com que as diversas sociedades foram encarando e encaram a sexualidade, o amor, a reprodução e a relação entre os sexos; dos recursos existentes para a resolução de situações relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva; dos tipos de abusos sexual e das estratégias dos agressores” (Ministério da Educação & Ministério da Saúde, 2000: 78-79).

Durante a sessão de educação para a saúde, procuramos criar em sala de aula, um ambiente descontraído, mas de confiança e de conforto, onde os jovens estivessem à vontade para colocar todas as questões que sentissem necessidade, sem uma análise valorativa (nem por parte dos formadores nem por parte dos jovens).

Estes temas, é natural que muitas vezes criem sorrisos nos seus interlocutores, na sala de aulas também tivemos tempo para sorrir e “brincar”, mas foi categoricamente visível, que se conseguiu criar um espaço de partilha e de capacitação face aos temas abordados.

Em relação ao 11.º ano, a intervenção abrangeu as turmas A, C, E, F, H e I num total de 128 alunos.

Recorremos a uma metodologia expositiva/ participativa, e respeitando idades diferentes, num contexto psicosssexual diferente em que as relações tendem a ser mais estáveis e duradouras, foram abordados temas relacionados com o conceito de sexualidade, as suas dimensões e mitos, diferenças entre identidade de género e orientação sexual, aceitação das diferentes orientações, o respeito pela diferença e a capacidade de tomar as próprias decisões.

Também foi realçada, a importância da família como espaço de comunicação e informação, bem como a importância de saber expressar sentimentos, afetos, desejos, intenções e decisões. (Apêndice V – Formato digital 11ºs Anos)

Como apoio, seguimos ainda as orientações Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) relativas às temáticas a serem abordadas relativamente aos alunos do ensino secundário designadamente: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosssexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contracepção, a Sida e a exploração sexual.

Cruzando estas orientações com o diagnóstico de necessidades efectuado, com os alunos do 11.º ano abordamos os seguintes temas:

- A sexualidade como uma expressão fundamental da vida;
- As diferentes dimensões da sexualidade;
- As diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação;
- Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida;
- Identidade e orientação sexual de cada indivíduo;
- Os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc.;
- O direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável;
- As diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos;
- A importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas.

No final desta etapa procedemos à elaboração do questionário de avaliação da satisfação relativamente às sessões de educação para a saúde realizadas (anexo VI).

1.9 AVALIAÇÃO

A metodologia de planeamento em saúde que norteou o nosso trabalho, termina com a avaliação, definida esta por (Imperatori & Giraldes, 1993: 174) como o processo para “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos”.

Ao desenvolvermos acções no âmbito da Educação para a Saúde (EpS) em meio escolar devem-se “determinar a implementação de procedimentos de avaliação que traduzem, não só o balanço da ação desenvolvida, mas que contribuam, igualmente, para a reflexão em torno do processo de implementação da EpS (Dias, Loureiro & Loureiro, 2013:287).

Deste modo, ao efectuarmos a avaliação tivemos por objetivo proceder a uma análise, tão metódica e objectiva quanto possível, sobre a nossa intervenção comunitária.

Hadji (1994) traduz avaliação como o acto em que se formula um determinado juízo de valor, incidindo num objecto determinado (indivíduo, situação, ação, projecto) por meio de um confronto de dados que dizem respeito ao objecto a avaliar.

A avaliação deve “proporcionar informação credível e útil, capaz de incorporar processos de aprendizagem que apoiem os sistemas de tomada de decisão”(Project Cycle Management, 2004: 46.)

A avaliação constitui uma componente que deve ser considerada em qualquer intervenção, assumindo um papel central na compreensão da própria intervenção ao nível de cada ação, permitindo recolher, sistematizar e analisar informação sobre, o modo, como o que se planeou está a ser executado e se estão a ser atingidos os resultados esperados.

Em relação à educação sexual nas escolas, Frade *et al.*, (2009:29) realçam a importância de

“por um lado tentar avaliar a eficácia das ações em relação às mudanças ocorridas (nos comportamentos dos adolescentes) e por outro lado avaliar a aceitação das várias componentes da atividade: desempenho dos educadores, técnicas e materiais utilizados, níveis de satisfação em relação à informação apresentada, à forma como se desenrolaram os debates e como funcionou o grupo (ou os grupos) ”.

Segundo os mesmos autores, se é difícil medir o impacto das ações (uma vez que os resultados de uma educação sexual só são evidentes e mensuráveis a médio/ longo prazo), torna-se “no entanto, possível avaliar o grau de satisfação imediato que a actividade teve para uma turma ou grupo determinado, assim como o grau de prossecução das expectativas iniciais dos participantes.” (Frade *et al.*, 2009:30)

Avaliar os níveis de satisfação dos participantes na ação é uma tarefa crucial para perceber o sucesso do trabalho desenvolvido, visto ser coerente conceber a insatisfação como um indicador de resultados menos favoráveis.

A medição da avaliação deverá ser realista e precisa, sendo para o efeito utilizado um inquérito por questionário para avaliação da satisfação face às actividades desenvolvidas, tendo na sua base uma escala de *likert* com uma pontuação do mais negativo para o mais positivo, designadamente: muito insatisfeito, insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

Assim, no final das nossas intervenções, todos os participantes avaliaram as mesmas de forma anónima (Apêndice VI)

O instrumento de avaliação define o grau de satisfação dos adolescentes relativamente às seguintes questões:

- 1 Como te sentiste durante a sessão
- 2 Simpatia e disponibilidade dos formadores
- 3 Competência e profissionalismo dos formadores
- 4 Utilidade dos temas abordados
- 5 Forma como os temas foram abordados
- 6 Esclarecimento de dúvidas
- 7 A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais?
- 8 Grau de satisfação em geral

No final do questionário eram pedidos comentários e sugestões através de uma questão aberta mas que não foi respondida por nenhum dos participantes, não sendo por isso alvo de análise e tratamento.

Segue-se a análise da avaliação, procurando-se o estudo da satisfação dos participantes nas ações.

Os dados obtidos foram alvo de tratamento estatístico por meio do programa SPSS, versão 11.0.

Tal como evidenciado na Quadro n.º 4 as duas intervenções envolveram um total de 205 jovens, dos quais 118 (57,6%) são do género feminino e 87 (42,4%) do género masculino.

Quadro n.º 4: Frequência e percentagem de jovens participantes segundo o género

| Género | | |
|-----------|-----------------|-----------------|
| | Frequência (nº) | Percentagem (%) |
| Masculino | 87 | 42,4 |
| Feminino | 118 | 57,6 |
| Total | 205 | 100,0 |

Face à análise do nível de escolaridade dos participantes, 128 (que correspondem a 62,4%) frequentavam o 11.º ano de escolaridade e 77 alunos (que se traduzem em 37,6% do valor total) frequentavam o 8.º ano de escolaridade.

Quadro n.º 5: Nível de escolaridade dos jovens participantes

| Nível de escolaridade | | |
|-----------------------|------------------|-----------------|
| | Frequência (n.º) | Percentagem (%) |
| 8.º Ano | 77 | 37,6 |
| 11.º Ano | 128 | 62,4 |
| Total | 205 | 100,0 |

A classe etária variou entre os 13 anos e os 20 anos, sendo predominante a dos 16 anos (39,0%), resultado indicador de uma ligeira supremacia do número de alunos do 11.º ano. Com um valor de 27,8%, temos os alunos com 13 anos e os de 17 anos com 13,7%.

Quadro n.º 6: Idade dos jovens participantes (frequência e percentagem)

| Idade | | |
|-------|------------------|-----------------|
| | Frequência (n.º) | Percentagem (%) |
| 13 | 57 | 27,8 |
| 14 | 15 | 7,3 |
| 15 | 4 | 2,0 |
| 16 | 80 | 39,0 |
| 17 | 28 | 13,7 |
| 18 | 16 | 7,8 |
| 19 | 4 | 2,0 |
| 20 | 1 | ,5 |
| Total | 205 | 100,0 |

Ao avaliar-se a variável “forma como te sentiste durante a sessão” (Quadro n.º3) verificou-se que 56, 6% se disseram “satisfeitos” e 38,05% se avaliaram como “muito satisfeitos”. Globalmente a avaliação deste critério foi positiva com um valor de 94,6%.

Quadro n.º7: Forma como te sentiste durante a sessão (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|---|--------------------|------------------------|--------------------------|
| Forma como te sentiste durante a sessão | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 11 | 5,4 |
| | Satisfeito | 116 | 56,6 |
| | Muito satisfeito | 78 | 38,0 |

Relativamente à variável “simpatia e disponibilidade dos técnicos” (Quadro n.º 4), verificamos que 161 dos participantes (78%) se avaliaram como “muito satisfeitos” e 43 (21,0%) de disseram “satisfeitos”. Globalmente este indicador teve uma avaliação positiva de 99,5%.

Quadro n.º 8: Simpatia e disponibilidade dos técnicos (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|---|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Simpatia e disponibilidade dos técnicos | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 1 | 0,5 |
| | Satisfeito | 43 | 21,0 |
| | Muito satisfeito | 161 | 78,5 |

Para a variável “competência e profissionalismo dos técnicos”, (Quadro n.º 5) verificamos que 149 dos jovens participantes (72, 7%) se disseram muito satisfeitos e 35 (25,9%) se avaliaram como satisfeitos. Este indicador foi assim avaliado de forma positiva por 98,5% dos participantes.

Quadro n.º 9: Competência e profissionalismo dos técnicos (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|---|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Competência e profissionalismo dos técnicos | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 3 | 1,5 |
| | Satisfeito | 53 | 25,9 |
| | Muito satisfeito | 149 | 72,7 |

Quando inquiridos face à “utilidade dos temas abordados”, (Quadro n.º 6) a maioria dos adolescentes considera-se muito satisfeito (59,5%) e satisfeito (37,6%), havendo apenas 2,9%

que assinalaram a opção pouco satisfeito. Globalmente este indicador teve uma avaliação positiva de 97,1%.

Quadro n.º 10: Utilidade dos temas abordados (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|----------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Utilidade dos temas abordados | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 6 | 2,9 |
| | Satisfeito | 77 | 37,6 |
| | Muito satisfeito | 122 | 59,5 |

No que diz respeito à “forma como os temas foram abordados” (Quadro n.º 6), 54,6 % dos jovens participantes na ação responderam estar “muito satisfeitos” e 41,5% “satisfeitos”, e somente 3,4% se avaliaram “pouco satisfeitos”. Este indicador teve uma avaliação positiva de 96,1%.

Quadro n.º 11: Forma como os temas foram abordados (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|--|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Forma como os temas foram abordados | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 1 | 0,5 |
| | Pouco satisfeito | 7 | 3,4 |
| | Satisfeito | 85 | 41,5 |
| | Muito satisfeito | 112 | 54,6 |

Relativamente ao critério “esclarecimento de dúvidas” (Quadro nº 8), 54,6% responderam estar “muito satisfeitos” e 41,5% “satisfeitos”. Para a escala “pouco satisfeito” verificou-se um valor residual de 3,4%, terminando a avaliação deste indicador com um valor positivo de 96,1%.

Quadro n.º 12: Esclarecimento de dúvidas (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|---------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Esclarecimento de dúvidas | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 1 | 0,5 |
| | Pouco satisfeito | 7 | 3,4 |
| | Satisfeito | 85 | 41,5 |
| | Muito satisfeito | 112 | 54,6 |

Sobre a variável se a sessão correspondeu às tuas expectativas, verificamos que 46,8 % dos jovens se avaliaram como satisfeitos e 45,9 % como muito satisfeitos, e apenas 7,3% como pouco satisfeitos. Em termos globais esta variável teve uma avaliação positiva de 92,7%.

Quadro n.º 13: A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais? (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|--|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais? | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 15 | 7,3 |
| | Satisfeito | 96 | 46,8 |
| | Muito satisfeito | 94 | 45,9 |

Para finalizar a avaliação realizada, verificamos que relativamente ao grau de satisfação geral face à ação, 60,5% dos jovens disseram muito satisfeitos e 37,6% satisfeitos. Esta variável assume uma avaliação positiva de 98,1%.

Quadro n.º 14: Grau Satisfação em geral (frequência e percentagem)

| Variável | Medição | Frequência (Total=205) | Percentagem (Total=100%) |
|--------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Grau Satisfação em geral | Muito insatisfeito | 0 | 0 |
| | Insatisfeito | 0 | 0 |
| | Pouco satisfeito | 4 | 2,0 |
| | Satisfeito | 77 | 37,6 |
| | Muito satisfeito | 124 | 60,5 |

Em termos de conclusão podemos afirmar que na sua maioria os jovens (80%) se referiram como “satisfeitos” ou “muito satisfeitos”, o que materializou os nossos indicadores de actividade.

No entanto, e pese embora estes temas já venham a ser discutidos e apresentados em sala de aula há cerca de 30 anos, nunca é fácil abordar estas temáticas, derivando das mesmas sempre algum desconforto. No entanto, este tem vindo a ser ultrapassado com o reforço do tratamento destes assuntos de forma mais frequente.

Face ao modelo de intervenção implementado, e às limitações do questionário de avaliação não nos foi possível implementar a avaliação da eficácia do processo de ensino-aprendizagem, visto ser difícil medir o impacto das acções, uma vez que os resultados de uma educação sexual só são evidentes e mensuráveis a médio/ longo prazo, (Frade *et al.*, 2009)

Com esta ultima etapa, concluímos todo o processo da metodologia de planeamento em saúde.

A partir daqui é possível melhorar os modelos de intervenção e as estratégias, num processo de melhoria continua ao nível dos processos e dos procedimentos.

Complementarmente, a Carta de Bangucoque (WHO, 2005), afirma que as políticas e as alianças capazes de capacitar as comunidades para melhorar a saúde e a equidade em saúde, devem ser o cerne do desenvolvimento global e nacional, reforçando a Declaração de Helsínquia que a saúde é a maior meta de todos os governos e a pedra angular do desenvolvimento sustentável (WHO, 2013).

2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA

Os atuais problemas de saúde, são multicausais e complexos, requerendo deste modo, intervenções bem articuladas que combinem diferentes estratégias, métodos e técnicas, traduzidas assim, em abordagens de múltiplas dimensões.

Neste ponto de nosso relatório, passaremos a analisar de forma crítica e reflexiva todos os processos vivenciados durante o estágio de intervenção comunitária.

Este é um momento crucial na perspectiva da auto-reflexão tendo por base as competências definidas para o enfermeiro especialista de saúde comunitária.

Nas últimas décadas as mudanças na sociedade portuguesa provocaram importantes mudanças na estrutura e na organização dos serviços de saúde, no entanto temos vindo a assistir um reforço e investimento no âmbito da promoção da saúde dos indivíduos, na concretização da evidência científica que a educação para a saúde pode responder de forma coerente à evolução das necessidades em saúde das diferentes populações e em distintos âmbitos de intervenção.

Apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização dos serviços de saúde, a enfermagem tem mantido um papel privilegiado no âmbito da educação e promoção da saúde, visto os cuidados de saúde primários constituírem a base do sistema de saúde e as pessoas os protagonistas da sua própria saúde.

É assim, indiscutível a importância da educação para a saúde em meio escolar, aqui traduzida num conjunto de atividades desenvolvidas, com o objetivo de prevenir as doenças e/ou os comportamentos de risco dos indivíduos, visto que a saúde individual resulta de um conjunto de factores, tais como alimentação, exercício físico, bem-estar emocional, sendo neste ponto que podemos incluir a sexualidade.

Deste modo e relativamente ao processo a educação para a saúde através da intervenção concreta e efectiva na comunidade, implica modelos participativos que envolvam a comunidade no domínio do controlo dos seus próprios esforços e objetivos, através da melhoria da informação e o realce dos estilos de vida saudáveis.

Mas nós somos enfermeiras. E a enfermagem é a ciência do cuidar, e concordamos com Amendoeira (2004:2001:41) quando este afirma que :

“ o que permite atingir o sentido interpretativo promotor da legitimidade essencial à capacidade para explicar os resultados da ação dos enfermeiros quando são estes que intervêm no processo de cuidados como o profissional que simbolicamente é reconhecido como o mais apto, a assumir a responsabilidade dos cuidados num determinado contexto preciso”.

Neste sentido, o enfermeiro especialista de saúde comunitária, tem o seu campo de ação e finalidade, no contribuir para a capacitação do individuo, grupos e comunidades, com o objetivo de atingir melhores níveis de saúde.

Relativamente ao processo operativo, este surge definido no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro onde estão expressas as competências do enfermeiro especialista, sendo determinado que

“O conjunto de competências clinicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns (...) e em competências específicas (...) A certificação das competências clinicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de pratica clinica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, e em todos os níveis de prevenção” (Artigo n.º 2 do Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648:8649).

Como acreditamos que a formação é um momento sempre importante nas nossas vidas, e levando nós já um uma larga experiência de cuidados na área hospitalar, a escolha de uma especialização de saúde comunitária revelou-se como uma experiência profundamente enriquecedora e marcante, porque vivenciamos da importância da comunidade como o referencial para o nosso trabalho como enfermeiras.

Os objetivos da enfermagem comunitária concentram-se na capacitação dos individuos, no desenvolvimento de competências, que possibilitem uma vida saudável durante todas as fases da sua vida, permitindo-lhes assim um maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde.

Por outro lado, a evidência científica demonstra que “quando promovemos ativamente a saúde das crianças e jovens esta ação proporciona uma melhoria dos sus resultados académicos a sua qualidade de vida em geral” (IUPHE, 2010:2).

Conscientes das dificuldades que iríamos sentir ao trabalhar com uma população tão complexa e com características tao próprias face ao que refere Martins (2007:45) citando (Prazeres, 2002:18) “que se existe uma característica comum a todos os adolescentes, ela chama-se diversidade”, acreditamos sempre, que esta seria uma população que nos permitiria desenvolver um trabalho com um retorno de satisfação profissional e pessoal muito grande.

Assim, a nossa abordagem pressupõe um conjunto de intervenções que seguiu a Metodologia do Planeamento em saúde, procurando-se o reforço das competências definidas no âmbito da especialidade em enfermagem comunitária, através da realização de acções de educação para a saúde, procurando-se assim, dar resposta aos problemas identificados na fase do diagnóstico, incentivando-se a mudança de comportamentos e promovendo-se atitudes de saudáveis face à sexualidade.

Sendo o diagnóstico de saúde a primeira etapa do processo de planeamento em saúde, o regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro no seu artigo n.º 4, indica que o enfermeiro especialista “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2011:8667).

Pese embora, já com a área de intervenção previamente definida, o diagnóstico de situação veio-nos reforçar a necessidade de intervenção sobre a nossa população em estudo (adolescentes) da Escola Secundária de São Lourenço, designadamente sobre a temática da sexualidade e da saúde sexual dos jovens, aqui definida como, “aptidão para desfrutar a actividade sexual reprodutiva, com ausência de medos, sentimentos de vergonha, culpabilidade (...) entre outros factores que inibem a actividade sexual” (Vilela, 2009:12).

Após a realização do diagnóstico, avançámos no processo de planeamento em saúde, concretizando a estratégia de desenvolver acções de educação para a saúde.

Em termos de modelo teórico, aplicamos a Teoria Cognitivo-Social de Bandura, que determina que o comportamento depende do ambiente e das condições pessoais, as quais, por sua vez, dependem dos comportamentos e dos contextos ambientais, os quais são afetados pelos outros dois fatores, a denominada “reciprocidade triádica” (Bandura, 1986:16).

Na operacionalização das sessões de educação para a saúde concretizamos as recomendações de Martins (2007:261) que indica a educação sexual na adolescência deve“(...)ser promotora de valores y principios que permitan a las generaciones futuras estar en la vida de forma más confiante, positiva, segura, activa y participante, com una mayor autoestima, una vez, que hoy en día, es innegable el papel que una sexualidade bien resuelta y bien vivida desempeña”.

No que diz respeito à metodologia utilizada nas sessões de educação para a saúde, as mesmas procuraram traduzir as recomendações que vão no sentido que esta população alvo, requer o uso de métodos e técnicas educativas activas (com a participação do educando) e indutivas (que partem da experiência), logo podendo-se utilizar múltiplas técnicas “dirigidas al aprendizaje de los contenidos: Bidireccionales: diálogo, grupo (...) y unidireccionales: folletos, cartas, radio, vídeo... (trilla, planas y espulga., Directos: diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo e Indirectos: Visuales: carteles, vallas, folletos, cartas circulares, prensa, internet; Sonoros: radio y mixtos: cine, vídeo, televisión” (Jarauta *et al.*, 2006:60).

Outras das nossas preocupações foi o de adequar o tipo de linguagem e terminologia a utilizar, linguagem esta que fosse assim acessível à população do estudo no sentido, que refere Cordeiro (2009:31) que “para comunicar necessário conhecera linguagem do parceiro, ou, pelo menos arranjar uma forma comum de comunicação”.

Durante as sessões de educação para a saúde, nós e os restantes colegas mestrandos, tentamos construir um ambiente pedagógico favorável a todos, quer ao nível da participação, quer ao nível do envolvimento no esclarecimento das questões, sendo que a metodologia aplicada (método expositivo e método interrogativo) permitiu incorporar as diferentes participações, valorizando aqui o papel dos jovens encarados como sujeitos e não como objectos do processo educativo (Ribeiro, 2010).

Ao nível da estratégia de apoio à formação, a utilização do *power point* permitiu-nos poder apostar na criatividade, visto que “esta deverá ser cada vez mais valorizada, tanto ao nível individual como organizacional nos momentos de formação (Catalão, 2009:144).

Ter desenvolvido a sessão em grupo, também nos foi favorável, visto que tal como refere Vala & Monteiro, (2004:303) “nos grupos altamente coesos, os membros tendem a ser amigáveis e cooperativos, enquanto que nos menos coesos tendem a funcionar mais como indivíduos do que como membros dum grupo”.

No processo de avaliação implementado foi possível verificar dos elevados níveis de satisfação por parte dos participantes das acções.

Relativamente, ao nosso indicador de processo ele foi cumprido a 100% pois o número de sessões de educação para a saúde realizadas foi precisamente o mesmo do número de sessões programadas (10).

No respeitante às metas e aos indicadores de resultado tínhamos definido que:

- Pelo menos 85% dos jovens alvo das sessões de educação para a saúde respondam aos questionários de avaliação da satisfação. Este indicador também foi atingido com sucesso pois a percentagem de respostas dos jovens ao questionário de avaliação da satisfação foi de 100%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à utilidade dos temas abordados nas sessões. Este indicador foi avaliado de forma positiva com uma percentagem de 97,1%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto à forma como os temas foram abordados nas sessões. Este indicador teve uma avaliação positiva de 96,1%.
- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos quanto ao esclarecimento de dúvidas. Este indicador foi avaliado positivamente por 96,1% dos participantes.

- Pelo menos 85% dos alunos dizem-se satisfeitos ou muito satisfeitos com as sessões efectuadas. Este indicador que nos mediu o **grau de satisfação geral com as sessões de educação realizadas teve uma avaliação positiva de 98,1%.**

Tal como já anteriormente exposto, importa avaliar em que medida foram as competências definidas para o enfermeiro especialista definido pela OE, adquiridas ao longo de todo o projecto de intervenção comunitária, considerando-se aqui o conceito de competência como “ (...) os conhecimentos, as capacidades, os saberes-fazer, as habilidades ou skills, as motivações, ainda que sendo elementos constitutivos das competências efectivas, não se confundem com estas, por faltar a situação contextualizada onde a sua mobilização em rede seja de facto feita” (Esteves,2009:44).

Deste modo, e com base no anexo I do Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro procedemos à enumeração das competências, unidades de competência e critérios de avaliação que adquirimos ao longo do nosso processo formativo no âmbito da especialização em enfermagem comunitária.

Quadro n.º 15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem

| G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. | |
|--|---|
| Unidades de competência | Critérios de avaliação |
| G1.1. Procedemos à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, (Adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço, Portalegre) | <p>G1.1.1. Integramos o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.2. Integramos as variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.</p> <p>G1.1.3. Identificamos os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.4. Identificamos as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.5. Estabelecemos a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.1.6. Utilizamos indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.</p> <p>G1.1.7. Demonstramos conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.</p> <p>G1.1.8. Sistematizamos indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.</p> |
| G1.2. Estabelecemos as prioridades em saúde de uma comunidade | <p>G1.2.1. Utilizamos critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.</p> <p>G1.2.2. Integramos na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde de 2012/2016.</p> <p>G1.2.3. Utilizamos os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégia.</p> |
| G1.3. Formulamos objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas. | <p>G1.3.1. Definimos objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.</p> <p>G1.3.2. Concebemos estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que responderam aos objetivos definidos.</p> <p>G1.3.3. Promovemos a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade (a Direcção da escola) na definição dos objetivos operacionais.</p> <p>G1.3.4. Atendemos na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade.</p> |

Fonte: Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro

**Quadro n.º 15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem
(continuação)**

| G1 – Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (continuação). | |
|--|--|
| Unidades de competência | CrITÉrios de avaliação |
| G1.4. Estabelecemos programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados | <p>G1.4.1. Concebemos e planeamos intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.</p> <p>G1.4.2. Implementamos intervenções para problemas de saúde pública complexos (sessões de educação para a saúde).</p> <p>G1.4.3. Optimizamos e maximizamos os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção.</p> <p>G1.4.4. Mobilizamos os responsáveis organizacionais (Direcção da Escola) e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.</p> <p>G1.4.5. Disponibilizamos informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.</p> <p>G1.4.6. Promovemos o trabalho em parceria/rede (Direcção da Escola e Mestrandos) no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.</p> <p>G1.4.7. Demonstramos habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção (Reuniões preparatórias com a Orientadora e Direcção da Escola).</p> |
| G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. | <p>G1.5.1. Monitorizamos a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.</p> <p>G1.5.2. Procedemos à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política.</p> <p>G1.5.3. Procedemos à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida.</p> <p>G1.5.4. Actualizamos o perfil de saúde e utilizamo-lo como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.</p> |

Fonte: Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro

**Quadro n.º 15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem
(continuação)**

| G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades. | |
|---|--|
| Unidades de competência | CrITÉrios de avaliação |
| G2.1. Lideramos processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania (sessões de educação para a saúde). | <p>G2.1.1. Participamos, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade (jovens adolescentes).</p> <p>G2.1.2. Pesquisamos e diagnosticamos problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas (diagnóstico de saúde).</p> <p>G2.1.3. Mobilizamos parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde (Direcção e Professores da Escola Sec. São Lourenço)</p> <p>G2.1.4. Concebemos, planeamos e implementamos programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.</p> <p>G2.1.5. Não intervimos em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</p> <p>G2.1.6. Mobilizamos e integramos conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades (sessões de educação para a saúde).</p> |
| G2.2. Integramos, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais (Diagnóstico de Saúde, Sessões de educação para a Saúde e Relatório de Estágio) | <p>G2.2.1. Concebemos e planeamos programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado (sessões de educação para a saúde)</p> <p>G2.2.2. Coordenamos, dinamizamos e participamos em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. (diagnostico de saúde e sessões de educação para a saúde dos jovens)</p> <p>G2.2.3. Avaliamos programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos (análise e tratamento da avaliação da satisfação dos participantes no estudo)</p> |

Fonte: Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro

Quadro n.º 15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem

| G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (continuação) | |
|---|--|
| Unidades de competência | Critérios de avaliação |
| G2.3. Procedemos à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. | <p>G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde.</p> <p>G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades.</p> <p>G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.</p> <p>G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.</p> <p>G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária.</p> <p>G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.</p> <p>G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.</p> <p>G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.</p> <p>G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.</p> <p>G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação.</p> |
| G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. | |
| Unidades de competência | Critérios de avaliação |
| G3.1. Participamos na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde de 2012/2016 | <p>G3.1.1. Participamos e comprometemo-nos nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde (Estágio)</p> <p>G3.1.2. Cooperamos na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde de 2012/2016.</p> <p>G3.1.3. Identificamos e monitorizamos os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde.</p> <p>G3.1.4. Optimizamos a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária.</p> <p>G3.1.5. Introduzimos elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde.</p> <p>G3.1.6. Não colaboramos na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.</p> <p>G3.1.7. Fornecemos antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde.</p> <p>G3.1.8. Optimizamos e maximizamos os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde.</p> <p>G3.1.9. Analisamos, interpretamos e esclarecemos o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde.</p> |

**Quadro n.º 15: Competências adquiridas no âmbito da Especialização em Enfermagem
(continuação)**

| G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico | |
|---|--|
| Unidades de competência | CrITÉrios de avaliação |
| G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde – doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica, através do Projeto de Intervenção Comunitária sobre sexualidade na adolescência na Escola Secundária de São Lourenço. | <p>G4.1.1. Não concebemos instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica.</p> <p>G4.1.2. Não sistematizamos indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica.</p> <p>G4.1.3. Monitorizamos os fenómenos de saúde -doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica (Diagnostico de Saúde)</p> <p>G4.1.4. Utilizamos modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica (Teoria cognitiva-social de Bandura).</p> <p>G4.1.5. Utilizamos técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas (SPSS, 17)</p> <p>G4.1.6. Não analisamos as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas.</p> <p>G4.1.7. Não participamos, na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.</p> <p>G4.1.8. Não participamos nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental.</p> <p>G4.1.9. Não utilizamos a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.</p> |

Fonte: Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro

Face ao exposto, consideramos que todas as metas foram alcançadas e contribuíram para a concretização do nosso objetivo geral: Contribuir para a promoção de uma sexualidade saudável e responsável, dos jovens do 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre através de sessões de educação para a saúde.

Devido a que o objectivo definido, não é possível de ser medido a curto prazo, logo não foram definidos indicadores de impacto.

Ao concluirmos, consideramos pertinente expor as limitações com que nos deparámos ao longo do nosso trabalho.

Uma das mais importantes para nós, foi a da escrita, pois passar para o registo do papel tudo aquilo porque passamos, tudo aquilo que pensamos, tudo aquilo que aprendemos, não é uma tarefa fácil, pois tudo o que vivenciamos nos pareceu único e importante, por isso esperemos que tenhamos tido a capacidade de transmitir a verdade do nosso trabalho.

Outras das limitações que gostaríamos de enunciar, prende-se com a complexidade da metodologia do planeamento em saúde, e que face às limitações de ordem temporal do estágio, não nos permitiu ir tao longe como gostaríamos, nomeadamente a realização de um maior número de acções de educação para a saúde.

Consideramos ainda, como limitação, a impossibilidade de aferirmos a melhoria dos conhecimentos dos jovens sobre os assuntos apresentados, mas que face aos objetivos e cronograma do estágio não era logisticamente possível.

Para finalizar este nosso processo, longo mas de uma extraordinária riqueza pessoa e profissional, gostaríamos de afirmar quanto para nós a nossa profissão é gratificante e que todos os dias temos possibilidade de aprender com os nossos pares, com os nossos doentes, com os nossos clientes, enfim com todos em todos os contextos.

Depois de tantos anos de profissão na área hospitalar, este processo formativo foi uma descoberta, num caminho novo que se mostra para nós e que anda agora estamos no seu início.

Mas a profissão que escolhemos é esta, porque amamos o que fazemos, pese embora nos dias menos bons nos apeteça desistir, porque o cansaço se acumula, as dificuldades e os problemas muitas vezes não são possíveis de resolver como gostaríamos, mas a verdade, é que a frequência da especialização nos fortaleceu (a todos os níveis) e nos deu assim, um novo alento, e nos fez mais uma vez acreditar quanto a nossa profissão faz a diferença na vida das pessoas, porque tal como explica o ICN (2008) a enfermagem são os cuidados, autónomos e interdependentes, que se prestam às pessoas, famílias, grupos e comunidades, são ou doentes, em todos os contextos, aos três níveis de prevenção. As funções essenciais da enfermagem são a advocacia, a promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação nas políticas de saúde, a gestão de cuidados e dos sistemas de saúde, e a formação.

CONCLUSÃO

Chegamos assim ao último capítulo do nosso relatório de estágio.

Em termos de conceitos, podemos aferir, que temos vindo a assistir a mudanças ao nível da definição do conceito de saúde, afastando-se este de um processo essencialmente biológico, para passar a introduzir variáveis biopsicossociais e espirituais.

A promoção da saúde passou, a ser definida como um processo e deixou de ser entendida como um “conjunto de actividades de prevenção primária (educação sanitária, exames selectivos periódicos, aconselhamento matrimonial, etc.)”, tal como conceituado por Leavell e Clark (1977) citados por Carrondo (2006:36) nos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença – prevenção primária, secundária e terciária .

Gostaríamos de salientar a conferência de Bangkok, onde foi feita uma avaliação ao percurso percorrido e as diferentes transformações que ocorreram no mundo e reafirmado o importante papel das escolas, locais de trabalho, comunidades e cidades onde se oferecem oportunidades muito importantes para a implementação de estratégias abrangentes fundamentais para a construção de um mundo mais saudável (WHO, 2013).

Com esta carta assistimos a uma clarificação do conceito de promoção de saúde decorrente da Conferência de Ottawa (OMS, 1986), tornando-se este mais claro, sendo assim vista como um processo, reforçado pelo conceito de empoderamento que tem como objetivo:

“o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus factores protectores (recursos gerais de resistência), através de um forte sentido de coerência, que lhes dá a facilidade de ler a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte” (Carrondo, 2006:37).

Neste sentido, a responsabilidade da promoção da saúde deverá ser partilhada por todos (indivíduos, grupos, comunidades, governos nacionais e locais) e organizações de saúde, onde os seus profissionais exercem um papel de relevo, designadamente os enfermeiros especialistas de saúde comunitária, olhando-se esta, como um sistema adaptativo, centrado no individuo, tendo sempre em conta as capacidades, recursos e objetivos de vida deste.

Face ao exposto, podemos aferir da importância das estratégias de promoção de saúde face aos problemas de saúde das pessoas e das comunidades.

No nosso processo de ensino aprendizagem, vivenciámos que uma das metodologias que o enfermeiro especialista de saúde comunitária dispõe para poder intervir na saúde comunitária é o planeamento em saúde.

Esta ferramenta possibilita intervenções mais eficazes ao nível dos resultados em saúde, como reforça o PNS 2012-2016 quando afirma que:

“a melhor opção estratégica atual para a obtenção de Ganhos em Saúde em Portugal é o reforço, capacitação e empowerment do Sistema de Saúde, reforçando as competências e os recursos para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação das práticas e políticas dos agentes do Sistema de Saúde” (DGS, 2012:11).

Neste sentido, com o objetivo de dar corpo ao definido no Regulamento do Curso de Especialização e Mestrado em Saúde Comunitária de “promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e reflexividade sobre a prática (Martins, Martins & Cordeiro, 2009:2), desenvolvemos um projecto de intervenção na Escola Secundaria de São Lourenço, com base no tema “sexualidade na adolescência”.

Este tema foi escolhido, dada a sua relevância, e por ser complementar ao projecto educativo da escola.

A sexualidade humana comporta dimensões morfológicas, fisiológicas, emocionais afectivas, culturais e ainda diferenças de género que devem ser tidas em conta. Considerada, até há pouco tempo, um assunto do foro íntimo, “a sexualidade é hoje encarada como um aspecto fundamental e complexo da formação integral do ser humano, implicando a escola e a comunidade” (OE, 2009:1).

A adolescência é assim

“uma etapa evolutiva peculiar da vida do ser humano. Como momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade. Por isso, não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenómeno da adolescência (Oliveira, et al., 2008, citado por OE; 2009:2).

Naturalmente, a maioria dos jovens são saudáveis alertando a DGS (2012) para alguns comportamentos de risco dos jovens (tabaco, drogas ilícitas), mas é no entanto o grupo etário com a taxa de mortalidade mais baixa.

Gaspar *et al.*, (2006:300), citam vários autores referindo que, “Os adolescentes têm sido classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.”

No entanto, George (2014:1), alerta que atualmente “estima-se que 70% dos determinantes estejam fora do sector da saúde, o que implica que sejam tidos em consideração nos planos e programas que visam a obtenção de mais ganhos em saúde.”

Assim, no que concerne, às questões da sexualidade na adolescência esta continua a ser uma área estratégica no Plano Nacional de Saúde em vigência através de intervenções a nível de: “i) Promoção das relações parentais; ii) Estilos de vida saudáveis; iii) Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; iv) Apoio à saúde mental; v) Relações saudáveis e planeamento familiar; vi) Serviços de saúde adequados ao adolescente” (DGS, 2012:6).

Em termos do processo a DGS (2012:6) também recomenda que essas intervenções deverão ser feitas no “ contexto familiar; escolas e universidades; inserção no trabalho; comunidades; locais de lazer e desporto e instituições de acolhimento”.

A OE dos enfermeiros através do seu parecer n.º 109/2009 reforça dizendo “as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde. Estas novas causas incluem acidentes, depressão, violência, adição, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez” (OE, 2009:2).

Nesse mesmo parecer a OE, orienta que ao nível das intervenções estas devem centrar-se na

“promoção da saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para evitar actividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde. A educação para a saúde dá aos jovens uma oportunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis capazes de lhes trazer benefícios ao longo de toda a sua vida” (OE, 2009:2).

Relativamente à abordagem concordamos que a mesma deveria ser ponderada, pois tal como refere Vilar (2002:15)

“ a vivência da sexualidade pelos adolescentes continua a constituir um tema de desconforto social em que persiste uma aceitação apenas parcial, que a transforma (podemos ver isso na sociedade portuguesa) num terreno de conflito ideológico e político entre os diversos actores institucionais que pretendem produzir estratégias de intervenção naquela área”

Relativamente ao processo operativo as discussões relativas à sexualidade na escola, devem ser realizadas “numa abordagem mais abrangente, incluindo aspectos preventivos, de prazer, de comunicação interpessoal ou qualquer outro aspecto, deve levar em consideração as necessidades e a intencionalidade das pessoas mais directamente envolvidas nas acções de educação sexual – os pais e os adolescentes” (OE, 2009:3).

No entanto, este não se apresenta como um processo fácil, face ao perfil dos adolescentes que por vezes aceitam com dificuldade referências aos seus comportamentos, indicando alguns autores que esta abordagem deverá ser feita com alguma ponderação, evitando-se assim sentimentos de culpa, no sentido que a nossa vida comporta riscos logo

estes fazem parte dela logo “gerir e aprender a controlar os riscos implica conhecê-los e até experimentá-los” (Cordeiro,2009:214).

Nestes pressupostos, o papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária revela-se fundamental, no sentido, que este poderá ser “ o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades” (O.E, 2009:5).

Face às exigências deste papel de educador por parte do enfermeiro especialista, diversos autores, afirmam da necessidade profissionais da saúde obterem um maior grau de informação, desenvolvendo a capacidade de lidar com as questões da sexualidade já que poderão ser multiplicadores dessas informações durante suas vidas profissionais (Ramos, 2000, GTES, 2007; OE, 2009).

Relativamente, à promoção da saúde em meio escolar, releva-se de extrema importância que o enfermeiro especialista vá no sentido da prossecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde Escolar. No âmbito dos contextos definidos para as escolas promotoras de saúde, é definido um modelo de intervenção sobre os comportamentos de saúde com base na “promoção dos afetos e da educação para a sexualidade” DGS,2014:14).

No Plano Nacional de Saúde Escolar e no que diz respeito à estratégia da promoção e educação para a saúde os exemplos são vários, definindo-se : “linhas orientadoras da educação sexual em meio escolar, referenciais sobre educação alimentar e actividade física, sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis (IST), prevenção do consumo de substâncias psicoativas e saúde mental e prevenção da violência em meio escolar” (DGS,2014:54).

Sustenta assim a OE (2009:5) que “enfermeiro é o profissional que detém o perfil de competências mais relevante para a resposta ao conjunto das necessidades nesta matéria, sendo necessário alocá-lo à Saúde Escolar e docência, para uma resposta completa às múltiplas necessidades”

Neste sentido, a DGS, (2014:2) vem defendendo que “ todas as crianças e todos os jovens devem frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”, sendo assim o contexto escolar encarado como um meio promotor da qualidade de vida e de estilos de vida saudáveis, e onde os enfermeiros deverão desenvolver um trabalho de proximidade e de parceria com os jovens, as suas famílias, e toda a comunidade escolar.

Para concretizar estas premissas, o enfermeiro especialista de saúde comunitária tem ao seu dispor, metodologias que apoiam e dão consistência científica às suas intervenções tais como o planeamento em saúde, e a teoria cognitivo social de Bandura.

Segunda Bandura (2008) esta teoria pode ser usada por agentes que influenciam ou moldam comportamentos de outros, seja no âmbito familiar (pais), educacional (professores), profissional (líderes) ou outro, para melhorar estados emocionais, corrigir autocrências, hábitos negativos de pensamentos, modelos educativos, profissionais, entre outros, além de modificar e melhorar o ambiente, sem prejuízo aos indivíduos que nele atuam.

Esta teoria procura assim, definir um modelo para o funcionamento humano, que em termos práticos se revelou fundamental no apoio à elaboração das acções de educação para a saúde desenvolvidas no âmbito do projecto, visto que tal como apreendemos com Bandura, os jovens poderão alterar os seus comportamentos através de modelos de observação desenvolvidos nas sessões de educação para a saúde.

Isto porque, só podemos dizer que houve educação quando se utilizaram processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem (Piscallo & Leal, 2002).

A educação sexual, enquanto estratégia educativa, "(...) visa o desabrochar da personalidade do indivíduo enquanto ser sexuado. Tem como principal objetivo o desenvolvimento psicosssexual da criança e do adolescente, com vista à formação da personalidade adulta. A educação sexual deve também ajudar os jovens a conhecer, compreender e respeitar o outro" (Costa, 2006:2).

Relativamente ao processo avaliativo da nossa intervenção, os resultados, e no nosso entender foram muito positivos face à avaliação dos participantes e já discutida e analisada no capítulo anterior.

Estes resultados traduzem o que defende Martins (2007)

"Los jovenes la consideran como potencial fuente de educacion sexual, les gustaria o que poderia ser una asignatura, y que los Sanitarios seriam de los más indicados para suministrar los conocimientos y la information más correcta, ya que consideran que los profesores no tienen preparation para esa tarea" (Martins,2007:253).

No entanto, face ao curto período de tempo em que decorreu a nossa intervenção, não foi possível a avaliação do impacte.

No sentido de sintetizar os resultados no nosso trabalho, esta foi uma experiência de enorme riqueza pessoal e profissional, consideramos ter atingido todas as competências delineadas para a enfermeira de saúde comunitária.

Acreditamos, que apesar do momento difícil que o nosso país atravessa, traduzidas nas restrições que se conhecem ao nível de serviço nacional de saúde, os serviços de saúde tem vindo a dar respostas de qualidade aos seus clientes, e tal como foi avaliado pela OCDE, através do relatório "Reviews of Health Care Quality: Portugal.

Neste relatório, a Organização defende também que Portugal deve apostar no aumento da resposta a nível comunitário para a oferta de reabilitação, cuidados pós-agudos e

resposta a urgências, por exemplo, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados, a libertar os hospitais e a reduzir despesa (OCDE, 2015).

Com base ainda no referido relatório, concordamos com a proposta que enfermeiros devem ser mais bem aproveitados, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, assumindo uma gama mais ampla de responsabilidades e tarefas, sendo que um bom exemplo poderá ser a criação da figura do enfermeiro de família, projecto piloto já a decorrer.

Saliente-se, que estão já a decorrer 35 experiências-piloto, publicadas a Portaria n.º 8/2015 de 12 de janeiro, em Diário da República, Com a duração de dois anos, as experiências-piloto vão decorrer em Unidades de Saúde Familiar (USF), modelo A e B, e em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) espalhadas por todo o País (MS, 2015:374).

Paralelamente, foi criada e publicada no Decreto-lei n.º 118/2014 a figura do enfermeiro de família, definido como “o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”. (MS, 2014:4070).

Esperam-se assim mudanças ao nível da intervenção da enfermagem de âmbito comunitário.

Relativamente, ao processo e na sequência deste nosso momento formativo, de enfermeira especialista, gostaríamos de poder contribuir, de alguma forma, para uma enfermagem mais activa, com base na evidência científica, com maior visibilidade e sempre centrada em padrões de elevada qualidade.

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, Manuel (2008) - *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspetiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Maio de 2015 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%c2%ba%no_Gest%3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf
- Brousselle A (org.), (2011). *Avaliação: conceitos e métodos*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 1. Construção de Bases de Dados utilizando o Data Editor do SPSS. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 2 – Estatística Descritiva Univariada. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 3 – Manipulação de ficheiros de dados. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 4 – Transformação de dados no SPSS. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 5 – Coeficiente de Consistência Interna: Alfa de Cronbach. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 6 – Testes e Medidas de Associação I (modelos de comparação de grupos). Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Calha, A. (2013). Guia n.º 7 – Testes e Medidas de Associação II (modelos de comparação de pares de variáveis). Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Carrondo, E.; M. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Dissertação de Doutoramento em Currículo e Supervisão em Educação Básica, Universidade do Minho – Instituto de Estudos da Criança. Acedido em 11 de Abril de 2015 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6276>

- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2004, Janeiro/Junho). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 57-70. Acedido a 30 de Janeiro de 2015 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>
- Carvalho, A. & Graça, C. (2005). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures, Lusociência.
- Catalão, J. (2011). *Ferramentas de Coaching*, 5ª edição, Porto: Lidel.
- CE – EuropAid (2004), *Project Cycle Management – Guidelines on Aid Delivery Methods*. Brussels: European Commission.
- Compas, B.E., Hinden, B. H., & Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 1995, 46, 265-93.
- Conferência Episcopal Portuguesa (2005). *Educação da Sexualidade. Nota sobre a Educação da Sexualidade*. Acedido a 22 de janeiro de 2015 em <http://www.agencia.ecclesia.pt/index.shtml>
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: *Educação Sexual nas Escolas*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 1 – 5. Acedido a 18 de Dezembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx>
- Conselho de Enfermagem [CE] (2001). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. In Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Dezembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Cordeiro, M. (2009). *O grande Livro do Adolescente – dos 10 aos 18 anos* (1.ª Ed.) Lisboa: Esfera dos Livros.
- Costa, J. (2006). *Desenvolvimento de projectos educacionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Dias, M.G., & Fontaine, A.M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, S. & Gama, A. (2013). Promoción da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. *Revista de Salud Pública*. 16 (2): 307-317, 2014. Acedido em 16 de Dezembro de 2014 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=725012&indexSearch=ID>
- Dias, M.; Loureiro, M.; & Loureiro, M. (2013). Projectos de Educação para a Saúde em meio escolar: Da avaliação às práticas de referência. Universidade do Minho. *Revista Portuguesa de Educação*, 26 (1) 288-306.

- Escola Secundária de São Lourenço (2011). *Projeto Educativo de Escola 2011-2013*. Manuscrito não publicado, ESSL: Portalegre. Acedido a 12 de novembro de 2014 em <http://www.essl.edu.pt/images/pdf/PE.pdf>
- Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre .
- Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08,37-48.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (Fevereiro 2006). *Adolescências... Adolescentes... Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu.Viseu. Acedido em 13 Maio de 2015 em <http://hdl.handle.net/10400.19/409>
- Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S (2004). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52),132-137.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores. Garraio, I. (2011). Histórias da história, 125 anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre. Lisboa: Edições Colibri.
- Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M.; & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 7 (vol2), 299-316.
- George, F. (2014). Sobre Determinantes em Saúde. Direcção Geral da Saúde. Lisboa. In Portal da DGS. Acedido em 22 d Abril de 2015 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fficheiros-de-upload-2013%2Fpublicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx&ei=AN1pVZLqHMvwUtaUg7qP&usq=AFQjCNEJokx7ISYU9IBJxL66LiUB6L21Kg&sig2=icAgMDdG-gtxq0jkYk989g>
- Goossens, L. (2006). *Theories of adolescence*. In S. Jackson & L. Gossens, Handbook of adolescent development. New York: Psychology Press.
- Graber, J.A., & Petersen, A.C.(1991). *Cognitive changes at adolescence: Biological perspective*. In K. R. Gobson, & A. C. Petersen (Eds.), Brain maturation and cognitive development (p. 227-253). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- GTES (2005). *Educação para a saúde – relatório intermédio*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2015 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C-CsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=rwWSUen-zB4_G7Abkl4FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFfQQ
- GTES (2007). *Educação para a saúde – relatório final*. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2015 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0C-CsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_final_gtes.pdf&ei=PAaSUfLo-MqLY7AbullG4Cw&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-jJw
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1983). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras avulsas.
- International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 8 de Março d 2015 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf
- International Council of Nurses (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 19 de março em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf>
- International Union for Health Promotion and Education (2010). *Construindo Escolas Promotoras de Saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar*. Saint Denis, France. Acedido em 24 de abril de 2015 em http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_PO_R.pdf
- Ippolito-Shepherd J. (2006). *Escolas Promotoras de Saúde- Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de acção 2003-2012*. Washington: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).
- Irwin, C.; Burg, S.; J., & Uhler C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.
- Jarauta; M.; Ozcoidi, M.; Irure, E.& San Martin, J. (2006). *Manual de Education para la Salud*. Instituto de Saúde Pública. Navarra:Governo de Navarra.

- Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Kuntsche, E.; Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação da saúde. *Revista Nursing – Edição Portuguesa* nº 27 (Abril,1990), 46-48.
- Leavell, H.; & Clark, E. (1977). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Liu, A.; Kilmarx, P.; Jenkins, A.; Manopaiboon, C.; Mock, A., & Jeeyapunt, S.; et al.,. (2006). Sexual Initiation, Substance Use, and Sexual Behavior and Knowledge Among Vocational Students in Northern Thailand. *International Family Planning Perspectives*, 32(3), 126- 135.
- López, F.; & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Loureiro, I.; Miranda, N. & Miguel, J.; M. (2013) .Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Rev. Portuguesa de Saúde. Pública*. vol.31, n.1, 23-31. Acedido a 24 de julho de 2013 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v31n1/v31n1a04.pdf>
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH
- Martins, M. A. (2009). *Estado de nutrição, comportamento alimentar e estilos de vida: caracterização de uma população de adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres.
- Matos, M.; Simões, C.; Camacho, I.; Reis, I. & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. Acedido em 18 de Maio de 2015 em http://aventurasocial.com/arquivo/1428847863_RELATORIO%20HBSC%202014.pdf

- Matos, R.; Ramiro, M.; Ribeiro, L.; Pais, J.; & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 335-355. Acedido em 06 de maio de 2015, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200003&lng=pt&tlng=pt
- Matos M.;G.; Simões, C.; Tomé, G.; Camacho, M.; Ramiro, L. & Equipa da Aventura Social (2011). A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL. Acedido e, 12 d Março de 2015 em [http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/saude dos adolescentes portugueses.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/saude%20dos%20adolescentes%20portugueses.pdf)
- Matos, M.;Carvalhosa, S.; Simões, C.; Branco, J.; Urbano, J.; & Equipa do Aventura Social (2004).Risco e Protecção: Adolescentes, Pais, Amigos e Escola. Acedido em 22 de Maio de 2015 em [http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/risco_e_proteccao adolescentes.pdf](http://aventurasocial.com/2005/conteudos/publicacoes/risco_e_proteccao_adolescentes.pdf)
- Miguel, N.; & Gomes, A. (1991). *Só para jovens, juventude, afecto e sexualidade*. Lisboa: Texto Editora
- Ministério da Educação. (2011). *Nova Escola*. Acedido em 20 de Maio de 2015 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ministério da Saúde [MS], Direção Geral de Saúde (2014). Programa Nacional de Saúde Escolar em discussão pública. Lisboa. Acedido em 3 de janeiro de 2015 em <http://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/programa-nacional-de-saude-escolar-2014-em-discussao-publica.aspx>
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151,5097-5098.
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170.
- Ministério da Educação [ME] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098
- Ministério da Saúde. [ME]. Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido em 20 de Maio de 2015 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>
- Ministério da Educação [ME] (2008). Despacho nº 19 308/2008, de 21 de julho, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 139, 32171
- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516

- Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho nº19 737/2005 15 de Junho. Determina a criação de um grupo de trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais de educação sexual em meio escolar, na perspectiva da promoção da saúde. *Diário da República*, 2.^a série, n.º176, 13348
- Ministério da Educação [ME] (2000). Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de outubro: Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva, fixando condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar. *Diário da República*, 1.^a série –A., n.º 240, 5784-5786.
- Ministério da Educação [ME] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.^a série-A. Acedido a 31 de Maio de 2013 em http://juventude.gov.pt/MigratedResources/461000/461027_Lei203_84pdfEducsexeplaneamento.pdf
- Ministério da Saúde [MS]. Direcção-Geral da Saúde. *Plano nacional de saúde 20012/2016: Volume 11 - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Muuss, R. (1988). *Theories of Adolescence*. London: McGraw-Hill, Inc.
- Nabais, L. (2014). *Comportamentos de risco em adolescentes e jovens adultos da região de lisboa. Perspectivas de prevenção*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Aberta. Acedido em 12 de fevereiro de 2055 em https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3727/1/TD_Lu%C3%ADsNabais.pdf
- Nodin, N. (coord) (2000). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em Finais do Século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. Lisboa: APF.
- Nunes, E. (2011). Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Rev. Portuguesa. Saúde Pública*. Lisboa, 29, (2). Acedido em 18 de março de 2015 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252011000200013&lng=pt&nrm=iso.
- Nunes, L.; Amaral, M.; & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, E.; A.; Marin, A.; H.; Pires, F.; B.; Frizzo, G.; B.; Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais, autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 1-11

- OPAS/OMS (2014). Manual de planeamento, execução e avaliação de projetos da Representação dano Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americanada Saúde. Acedido em 12 d Março de 2015 em http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/manual%20de%20planejamento%202014_final.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014). Relatório de Primavera 2014. OPSS. Acedido a 14 de abril de 2015 em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (2015). *Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015*. Raising Standards. OCDE. Acedido em 18 de maio de 2015 em <http://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015-9789264225985-en.htm>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669.
- Ordem dos enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Organización Mundial de La Salud (1977). Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS. (Série de Informes Técnicos, 609).
- Paúl, C.; & Fonseca, A, (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: Género e saúde sexual e reprodutiva. Princípios Orientadores*. 4, 10-12. Lisboa. Direcção Geral da Saúde
- Piscalho, I., & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: Educação da sexualidade nas escolas – Um projecto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. Paper presented at the 4º Congresso de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida,Lisboa.
- Porter, T. (2001). Worker autonomy: the foundation of shared governance. *Journal of Nursing Administration*. nº31, p.100.
- Rabello, S.; Caldeira, A & Teixeira, F. (2012). Os artefatos dos media na educação em sexualidade. *Revista exedra*,6. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra. Acedido a 13 de março de 2015 em <http://www.exedrajournal.com/docs/N6/05-Edu.pdf>

- Ramiro, L.; Reis, M., Matos, M.; Diniz, J. & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21. Acedido em 11 de maio de 2015, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252011000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Ramiro, L.; & Matos, M.G. (2008). Percepção de professores portugueses sobre educação sexual. *Revista de Saúde Pública*, n.º 42, 684-692.
- Reis do Arco, A. (2011). Teorias e modelos na Promoção da Saúde. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde Portalegre, Portalegre.
- Reimão, C. (2011). Para uma Filosofia da Educação A Filosofia como Mediação nas Escolas Éticas em Educação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Extra Série, 373-383. Acedido em 3 de abril de 2015 em <http://iduc.uc.pt/index.php/rppedagogia/article/viewFile/1329/777>
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção: conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (vol 2), 209-220.
- Ribeiro, A. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8º ano ao 12º ano do norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa (Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Porto. Acedido a 20 de Maio de 2015 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3129/1/DM_14228.pdf
- Ribeiro, J., Pontes, A & Santos, L. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. In *Psicologia, Saúde e Doenças* (2) 13, 340-355. Acedido a 19 de Maio de 2015 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1645-00862012000200015&lng=pt&nrm=iso>
- Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 10 (1), 99-113 acedido em 12 de outubro de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S16400862009000100008&script=sci_arttext
- Rocha, Amarílis; Correia, Carla; Pestana, Leonor; Bento, Manuela; Preto, Olinda & Lobão, Sandra (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? *Millenium*, 41 (julho/dezembro).89-113
- Rocha-de-Oliveira, S. & Piccinini (2012). Uma análise sobre a inserção profissional de estudantes de administração no Brasil. *RAM, Revista de Administração Mackenzie*, 13 (2), 44-75.

- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- Sadock, V. (2005). *Human Sexuality in Kaplan & Sadocks Comprehensive textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins,
- Sampaio, D. (2011). *Da família, da escola e umas quantas coisas mais*. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Baptista M., Matos, M., & Silva M. (2007). *Relatório Final*. Lisboa: DGIDC.
- Sampaio, D. (2011). *Da família, da escola e umas quantas coisas mais*. Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (2010). *Imagem Corporal e excesso de peso em Adolescentes*. Dissertação de Mestrado em Biologia humana e Ambiente. Universidade de Lisboa- Faculdade de Ciências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (2013). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências. Lisboa. Acedido em 10 de março de 2015 em http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/72/Relat%C3%B3rioAnual_2013_A_Situa%C3%A7%C3%A3o_do_Pa%C3%ADs_em_materia_de_drogas_e_toxicodepend%C3%Aancias.pdf
- Silber, T. & Woodward, K. (1985). Enfermidades de transmissão sexual durante la adolescencia. In: OPAS, *La salud del adolescente y el joven en las Americas*, Washington. 93-99.
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, C., & Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.
- Sousa, M. (2000). *Sexualidade na Adolescência – comportamentos, conhecimentos e opiniões/ atitudes de adolescentes escolarizados*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Porto
- Sprinthall, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Tavares, J.; Pereira, A.; Gomes, A.; Monteiro, M.; & Gomes, A. (2007). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora, Lda.
- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da saúde
- Tavares, J.; & Alarcão, I. (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira da Costa (2008). *A prática dos enfermeiros em educação para a saúde dos adolescentes: a problemática dos comportamentos de risco*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Acedido em 19 de março de 2015 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7232/2/Dissertao%20ultima%20verso%201205.pdf>
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F.; Martins, I.; Ribeiro, P., Chagas, I.; Maia, A.; Vilaça, T. et al., (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1ª edição – ebook). Braga: edições CIEd. Acedido a 20 de Maio de 2015 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_I_CISES.jpg
- Toldy, T.; Jolluskin, G.; Silva, I.; & Meneses, R. (2011). Educação para a Saúde – Educação para a Cidadania: Relato de Duas Experiências de Extensão Comunitária. *Revista Antropológicas*, 12, 52-59.
- Tomé, G. (2011). *Grupo de pares, comportamentos de risco e a saúde dos adolescentes Portugueses*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Educação, Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- The Cairo conference (1994). United Nations International Conference on Population and Development (ICPD). Acedido a 12 de Abril de 2015 em <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p02009.html>
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 12 de Abril de 2015 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vala, J.; & Monteiro, M. (2004). *Psicologia social* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, C. (2012). *Eu faço sexo amoroso – A sexualidade dos jovens pela voz dos próprios*. Lisboa: Editorial Bizâncio.

- Vilaça, T. (2007). Dos Modelos de Educação para a Saúde Tradicionais aos Modelos de Capacitação: Abordagens Metodológicas da Educação Sexual em Portugal do 7º ao 12º anos de Escolaridade. In L. C., Chamosa; P. J. E., Alonso; J. R. G., Otero; L. J., Pereira; A. L., Barreiro & M. R., Mayo, Actas do XX Congresso ENCIGA. Acedido a 22 de fevereiro de 2015, http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32621/1/Vilaca%2c%20Teresa%282007%29_1-31.pdf
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2005). A Educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? In *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 18 de Maio de 2015 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF
- Werebe, M. (1979). Estudo sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. *Ciênc. Cult.* (31),373-81.
- World Health Organization (WHO) (1995). Um programa para o enriquecimento das interações entre mães e filhos. In Portal da WHO. Acedido em 4 de maio de 2013 em http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MHP_98.1_por.pdf
- World Health Organization (WHO) (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2013b). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 23 de Abril em http://healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
- World Health Organization (WHO) (2010) *Social determinants of health and the role of evaluation*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009). *Health Promoting Schools: A Framework for Action*. WHO: Western Pacific Region. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2005). *Carta de Banguécoque: Promoção da Saúde num Mundo Globalizado*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 23 de Abril em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm
- World Health Organization (WHO) (2003). *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2000). *Local Action – Creating Health Promoting Schools*. WHO: Information Series on School Health. Geneva: World Health Organization.

- WHO (1986). 1.^a Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados. Geneva: World Health Organization. Acedido em 18 de Janeiro de 2015 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- WHO (1978). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão. Geneva: World Health Organization. Acedido em 18 de Janeiro de 2015 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- Vicent, L. (2001). Contracepção e Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 39-112
- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Coimbra: Formasau
- Zangão, M. (2014). *Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade durante o Processo de Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Especialidade de Educação em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em 12 de Fevereiro de 2015 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fbitstream%2F10400.14%2F16711%2F1%2FTese%2520-%2520Doutoramento%2520em%2520enfermagem%252009-09-2014.pdf&ei=tpVfPTM8eqU_XSgOAC&usq=AFQjCNGXHluftOFogIq9LEH71vaRUssyHQ&sig2=s_v5b_m9lylXyoYINAAjNDq&bvm=bv.94455598,d.ZGU

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização aos encarregados de educação para a participação dos jovens no estudo



Exmo. Sr. ou Sr.^a. Encarregado (a) de Educação

Somos um grupo de alunos do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando no estudo que estamos a realizar no âmbito da Sexualidade na adolescência. A participação dos alunos é fundamental para a viabilidade da investigação e consequente projeto de ação.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo nunca solicitada a identificação dos participantes no estudo.

Assim, de acordo com a sua decisão, pedimos que complete e devolva este documento até ao dia 10 de Maio de 2013.

Informamos que caso não obtenhamos resposta da sua parte, consideramos o pedido tacitamente aceite

Agradecemos a atenção dispensada e disponibilizamo-nos para esclarecer qualquer dúvida.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Serra

Gabriela Serra

Luís Amaro

Miguel Tavares

Sílvia Ronda

Eu _____ encarregado/a de educação do aluno /a
_____ da turma ____ com o nº____, autori-
zo/não autorizo, a participar no estudo acima mencionado.

_____ de _____ de 2013

(assinatura do Encarregado de Educação)

Anexo II – Instrumento de colheita de dados do Diagnóstico de Situação.

Caro (a) estudante,

Gostaríamos de contar com a tua participação num estudo que estamos a realizar e que tem o objetivo de **Promover a Saúde Sexual dos Adolescentes**.

A informação prestada é **anónima**, e por isso não te deves identificar em nenhuma parte do questionário.

Lembra-te que isto não é um teste de avaliação e por isso não há respostas certas ou erradas. Todas serão válidas se traduzirem as tuas **opiniões, comportamentos e atitudes**.

Os dados obtidos através do preenchimento deste questionário são indispensáveis para o desenvolvimento do nosso trabalho com eficácia.

Assim, solicitamos a tua participação, bastando para isso responder às questões que te são colocadas.

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS

1. Turma _____ 2. Idade _____ 3. Sexo _____ Data ____/____/____
4. Situação conjugal dos teus pais _____ 5. Com quem vives _____
6. Religião _____ 7. Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

8. Sigo fielmente as normas _____ 9. Existem normas com as quais não me identifico _____

10. Com quem costumavas conversar sobre sexualidade? Porquê?

11. Sentes dificuldade em conversar com os teus pais? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM porquê? _____

12. Decidiste começar a ter relações sexuais SIM ☐ NÃO ☐

13. Decidiste começar a usar um método contraceutivo SIM ☐ NÃO ☐

14. Qual _____

15. Tens um amigo/a com tendências homossexuais SIM ☐ NÃO ☐

16. Preocupa-te a SIDA SIM ☐ NÃO ☐

17. Andas preocupado com a imagem corporal SIM ☐ NÃO ☐

18. Refere com quem preferes abordar e esclarecer-te sobre todos estes assuntos (assinala com X, podes escolher mais do que um dos itens)

| | | | |
|-------------------|--|-----------|--|
| Pai | | Padre | |
| Mãe | | Internet | |
| Outro familiar | | Livros | |
| Amigos | | Revistas | |
| Colegas da Escola | | Televisão | |
| Professores | | | |

19. Qual a frequência com que falas com a tua mãe sobre:

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
|-------------------------------------|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| 19.1. Gravidez | | | | | |
| 19.2. Preservativo | | | | | |
| 19.3. Relações sexuais entre jovens | | | | | |
| 19.4. Vida sexual dos adultos | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 19.5. Sonhos molhados | | | | | |
| 19.6. Pornografia | | | | | |
| 19.7. Mudanças corporais na adolescência | | | | | |
| 19.8. Aborto | | | | | |
| 19.9. Namoro | | | | | |
| 19.10. Homossexualidade | | | | | |
| 19.11. Período menstrual | | | | | |
| 19.12. Sida | | | | | |
| 19.13. Outras doenças sexualmente transmitidas | | | | | |
| 19.14. Pílula | | | | | |
| 19.15. Masturbação | | | | | |
| 19.16. Crimes sexuais | | | | | |

20. Qual a frequência com que falas com o teu pai sobre:

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Frequentemente | Sempre |
|--|-------|-----------|----------|----------------|--------|
| 20.1. Gravidez | | | | | |
| 20.2. Preservativo | | | | | |
| 20.3. Relações sexuais entre jovens | | | | | |
| 20.4. Vida sexual dos adultos | | | | | |
| 20.5. Sonhos molhados | | | | | |
| 20.6. Pornografia | | | | | |
| 20.7. Mudanças corporais na adolescência | | | | | |
| 20.8. Aborto | | | | | |
| 20.9. Namoro | | | | | |
| 20.10. Homossexualidade | | | | | |
| 20.11. Período menstrual | | | | | |
| 20.12. Sida | | | | | |
| 20.13. Outras doenças sexualmente transmitidas | | | | | |
| 20.14. Pílula | | | | | |
| 20.15. Masturbação | | | | | |
| 20.16. Crimes sexuais | | | | | |

21. Consideras-te bem informado sobre os assuntos relacionados sobre a Sexualidade? Porquê?

22. Como consideras que tem sido o papel dos teus pais na tua educação sexual ? (assinala com X)

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23. Como consideras que tem sido o papel dos teus amigos na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

24. Como consideras que tem sido o papel da escola na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. Como consideras que tem sido o papel da igreja na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

26. Como consideras que tem sido o papel da televisão na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

27. Como consideras que tem sido o papel da INTERNET na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

28. Como consideras que tem sido o papel dos livros científicos na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

29. Como consideras que tem sido o papel da Imprensa escrita na tua educação sexual ?

| | | | | |
|------------------|---|---|---|------------------|
| Pouco importante | | | | Muito importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

30. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

31. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

32. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

33. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

34. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

35. A prostituição deveria ser legalizada

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

36. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

37. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

38. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

39. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

40. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

41. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

42. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

43. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

44. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

45. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

46. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

47. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

48. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

49. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

50. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

| | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Discordo | Discordo | Não tenho posição | Concordo | Concordo |
|-----------------|-----------------|--------------------------|-----------------|-----------------|

| | | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| totalmente | bastante | definida | bastante | totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

51. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Discordo totalmente | Discordo bastante | Não tenho posição definida | Concordo bastante | Concordo totalmente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Muito obrigado pela tua colaboração!

Anexo III – Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro

Regulamento n.º 128/2011

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Preâmbulo

A enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e "empowerment" das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.

Assim, evidenciam-se as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade. Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações desenvolvendo uma prática de complementaridade com os profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

Assim,

Nos termos da alínea c) do n.º 4 do artigo 31.º-A, da alínea j) do artigo 20.º e da alínea j) do artigo 12.º, todos do Estatuto dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 1 de Maio, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, após aprovação pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, sob proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

Artigo 1.º

Objecto

O presente regulamento define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

Artigo 2.º

Âmbito e Finalidade

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

Artigo 3.º

Conceitos

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Artigo 4.º

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-

competência prevista no número anterior é apresentada com unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

ANEXO I

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Competência

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Descritivo

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

| Unidades de competência | Crítérios de avaliação |
|--|---|
| G1.1. Proceda à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade. | G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na concepção do diagnóstico em saúde de uma comunidade. G1.1.2. Integra variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde. G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade. G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde. G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde. G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade. G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade. |
| G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade. | G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde. G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégia. |
| G1.3. Formula objectivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas. | G1.3.1. Define objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos. |

| Unidades de competência | Crítérios de avaliação |
|--|---|
| | G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objectivos operacionais. G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade. |
| G1.4. Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. | G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde. G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos. G1.4.3. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas e projectos de intervenção. G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos. G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos. G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções. G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção. |
| G1.5. Avalia programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. | G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. G1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. G1.5.3. Procede à reformulação dos objectivos, estratégias, programas e projectos com base na variação atingida. G1.5.4. Actualiza o perfil de saúde e utiliza-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região. |

Competência

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Descritivo

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos:

| Unidades de competência | Crítérios de avaliação |
|---|---|
| G2.1. Lídera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania. | G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades. |
| G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais. | G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. |
| G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade. | G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde. G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projectos de intervenção comunitária. G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades. G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades. G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação. G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades. G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das actividades de informação. |

Competência

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.

Descritivo

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das actividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

| Unidades de competência | CrITÉrios de avaliação |
|--|--|
| G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde. | G3.1.1. Participa e compromete-se nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde. G3.1.2. Cooperar na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde. G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde. G3.1.4. Optimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária. G3.1.5. Introduce elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde. G3.1.8. Optimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos Programas de Saúde. G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos Programas de Saúde. |

Competência

G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Descritivo

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.

| Unidades de competência | CrITÉrios de avaliação |
|---|---|
| G4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica. | G4.1.1. Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica. G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica. G4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde-doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica. G4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica. G4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas. G4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas. G4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. G4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental. G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública. |

Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de 11 de Setembro de 2010.

Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

20 de Novembro de 2010. — A Bastonária, *Maria Augusta Purificação Rodrigues de Sousa*.

304320072

Regulamento n.º 129/2011**Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental****Preâmbulo**

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas

humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.

O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do EESM visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o EESM possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

APÊNDICES

Apêndice I. Projecto Individual de Estágio (PIE)



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



3º Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Coorientador: Professor Doutor António Arco

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO
PORTALEGRE

Discentes:

Sílvia Maria Fernandes Ronda

OUTUBRO
2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins

PROJECTO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESCOLA SECUNDÁRIA DE S. LOURENÇO PORTALEGRE

Discentes:

Sílvia Maria Fernandes Ronda

Outubro
2013

“A Enfermagem constitui-se actualmente numa área do saber útil à sociedade, utilidade esta traduzida essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades que são essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção”

Amendoeira (2009:3)

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| | f. |
| INTRODUÇÃO | 5 |
| 1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA | 7 |
| 2 – PROJECTO | 12 |
| 2.1. – ÁREA DE INTERVENÇÃO | 14 |
| 2.1.1. – Campo de estágio - Escola Secundária de S. Lourenço | 15 |
| 2.2. -CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO | 16 |
| 2.3. – LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO | 19 |
| 2.4. – OBJETIVOS | 19 |
| 2.5. – CONTEÚDOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | 20 |
| 2.6. – METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO | 21 |
| 2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS | 21 |
| 2.8. – AVALIAÇÃO | 21 |
| CONCLUSÃO | 22 |
| BIBLIOGRAFIA | 24 |
| APENDICES | 37 |
| Apêndice I – Cronograma do Projeto individual de Estágio | 38 |

INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, deverá ser elaborado um projeto de estágio que irá ser realizado durante o segundo ano do mestrado que permitirá ao discente desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, através da interação da teoria e da prática na construção do nosso perfil de enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Deste modo, o presente documento servirá de matriz face à intervenção comunitária que se pretende implementar.

O estágio, terá assim como finalidade complementar a formação teórica com a prática, sendo que pela sua natureza os campos de estágio são espaços enriquecedores da experiência.

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção ” (Ordem dos Enfermeiros-Regulamento 122/2011:8648).

A escolha da temática do presente projeto vai ao encontro da área da promoção da saúde e baseia-se num diagnóstico de situação realizado, anteriormente, pelo grupo de mestrandos durante o final do segundo semestre do mestrado, na Escola Secundária de S. Lourenço em Portalegre.

Face ao trabalho anteriormente desenvolvido, é nosso objetivo realizar o estágio Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre.

A saúde e educação estão intimamente unidas, e quando trabalhadas em conjunto, estas podem contribuir para a oportunidade de desenvolver mais eficazmente o potencial do ser humano.

A disciplina da educação para a saúde, é uma das disciplinas mais recentes no âmbito das ciências da saúde, tendo vindo sistematicamente a complementar os seus conceitos a partir das orientações e patrocínio da Organização mundial de Saúde (OMS), a partir dos consensos obtidos através dos documentos de referência, discutidos e consensualizados nas grandes conferências internacionais designadamente: Alma Ata (1978) Ottawa, (1986). Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Jacarta, 1997; Cidade do México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009. Onde se consolidaram os princípios fundamentais para as ações de promoção da saúde.

A 8^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsínquia na Finlândia de 10 a 14 junho de 2013, reforça a proposta da “Saúde em Todas as Políticas como parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas, devendo permanecer um elemento-chave no processo de elaboração da Agenda pós 2015 (WHO, 2013:2).

O Plano Nacional de Saúde para os anos 2012-2016, traduz na sua visão a necessidade de “Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”.(PNS,2013:17).

Em 2006 o Alto-Comissário da Saúde a quem compete a coordenação dos Programas Nacionais aprovou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), através do Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho.

A Direcção-Geral da Saúde a quem compete orientar tecnicamente o Programa, divulgou-o através da Circular Normativa n.º 7/DSE de 29/6/06.

Este programa, estabelece as suas orientações com base na evidência científica, que tem vindo a revelar que a maior parte dos problemas de saúde e dos comportamentos de risco, (associados ao ambiente e aos estilos de vida dos indivíduos), podem ser prevenidos ou significativamente reduzidos através do programa de saúde escolar, pois estes visam contribuir para a promoção e proteção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens escolarizados (Ministério da Saúde, 2006) (PNSE, 2006).

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

Quando falamos da adolescência e da saúde dos adolescentes estamos a falar de algo muito mais complexo do que apenas do seu bem-estar físico, visto que para o seu bem-estar contribuem um manancial de variáveis tais como a sua família, a escola que frequentam, os seus amigos e ainda a comunidade onde vivem.

É consensual, ao nível da literatura, que a adolescência é uma fase que se caracteriza pela busca da identidade e da autonomia, visto que os jovens muitas vezes iniciam um processo de afastamento da família, ficando muito mais próximos dos seus amigos, com quem partilham preocupações e as suas experiências, criando se assim um papel de proximidade entre os jovens.

No entanto, os seus amigos também surgem muitas vezes associados ao envolvimento em comportamentos de risco que poem muitas vezes em causa a saúde e bem-estar dos adolescentes. (Matos *et al.*, 2000, 2003, 2006, 20012, 2015).

Esta mesma questão foi abordada e desenvolvida através de um estudo de âmbito europeu mas também realizado em Portugal Continental e desenvolvido pela Equipa Aventura Social.

Este estudo que se realiza desde 1986 (ano do estudo piloto) e que se realiza de 4 em 4 anos é denominado Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). O número de países participantes no estudo tem vindo a aumentar e no ano de 2014 participaram de 44 países. Este projecto é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas (Matos *et al.*, 2015),

Deste modo, a adolescência é uma fase da vida dos jovens onde despontam maiores desafios e oportunidades associados à sua saúde. Este é um período de transição onde os jovens se encontram mais susceptíveis à influência do ambiente, que tem um papel muito importante para a sua saúde (Tomé, 2011).

Diversos indicadores de saúde apresentam um pico ao longo da adolescência, como as taxas de homicídio, as lesões não intencionais, o consumo de substâncias, a condução sob o efeito de álcool e as infecções sexualmente transmissíveis (Mulye, Park, Neson, Adams, Irwin, & Brindis, 2009, citado por Tomé, 2011).

Muitas vezes, e face ao entendimento comum, quando pensamos nos adolescentes, associamos a estes comportamentos de risco, consumo de álcool, tabaco e drogas, e comportamentos sexuais de risco.

Os educadores de saúde deverão ser capazes de assumir as seguintes responsabilidades: avaliar as necessidades do indivíduo e da comunidade relativamente à educação para a saúde; planear programas de educação para a saúde eficazes; implementar esses programas; avaliar a eficácia destes; coordenar o fornecimento de serviços de educação para a

saúde; e actuar como elementos de recurso e assumir responsabilidades no âmbito da educação para a saúde. (Paúl & Fonseca, 2001).

No que se refere, à obtenção de ganhos em saúde para este grupo etário, os enfermeiros enquadram a promoção da saúde, assente numa visão estratégica da educação para a saúde, como processo sistemático, tendo por base o diagnóstico de saúde e a definição de estratégias que dêem consistência às actividades.

Acrescentam, também, a necessidade de aperfeiçoar competências e de terem maior envolvimento e protagonismo na definição de políticas de saúde para esta etapa do desenvolvimento humano.

2- PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

O presente projeto individual de estágio tem por objetivo propor um modelo de intervenção, com base nas competências definidas para a obtenção do grau de mestre em enfermagem e especialização em enfermagem comunitária.

A escolha da temática e o local em análise consistiu num desafio colocado pela prof. Assim, a temática central do nosso projeto é a **Sexualidade na Adolescência**, pois constitui para nós uma área de interesse, é uma área fundamental no âmbito da Saúde Comunitária, e faz parte das orientações do Plano Nacional de Saúde Escola.

Esta é uma temática de enorme importância, não só na formação de profissionais de enfermagem de saúde comunitária, e para toda a comunidade educativa.

Sprinthall & Collins (2008:405) também referem que a sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, durante a vida do indivíduo”

É durante a adolescência que a sexualidade é consolidada marcando a passagem da infância para a idade adulta.

Vieira (2012) investigou que, para os jovens, a aquisição de uma sexualidade activa surge como uma consequência lógica do próprio desenvolvimento e trajectória juvenil, e a ideia de aguardar pelo casamento para iniciar actividade sexual, revela-se como ultrapassada. Os jovens conferem importância ao relacionamento sexual, como forma de dar continuidade ao relacionamento amoroso.

A sexualidade na adolescência reproduz a convergência de "sentimentos sexuais" de "atitudes sexuais" e de "comportamentos" resultantes da interação, sendo que estes que podem ser modificados por pressões sociais de grupo.

Hoje em dia, os jovens traduzem nos seus comportamentos referenciais e sentimentos que a sexualidade envolve, muitas vezes associamos o comportamento sexual aos comportamentos de risco, sendo por isso pertinente a existência de espaços próprios para os jovens poderem ser ouvidos e “ajudados” por pessoas com formação na área de forma a construírem uma sexualidade mais saudável.

Deste modo, a sexualidade na adolescência deverá ser alvo de um atento processo por parte dos serviços de saúde e das escolas no sentido de trabalhar com os jovens as problemáticas relativas à promoção da saúde.

2.1.1.- CAMPO DE ESTÁGIO - ESCOLA SECUNDÁRIA DE SÃO LOURENÇO

Historicamente esta escola é conhecida há cerca de 150 anos, sendo a sua localização actual, na Av. George Robinson, freguesia de S. Lourenço.

Ao nível do espaço físico a escola é constituída por 42 salas de aula, oficinas e laboratórios, e por vários serviços de apoio, destacando-se um ginásio, um refeitório/ bar, sala de convívio, papelaria, espaços exteriores e uma biblioteca.

Em relação à população estudantil, a Escola Secundária de São Lourenço no ano lectivo 2013/2014 registava cerca de 900 alunos distribuídos por 4 turmas de 7º ano, 12 turmas de 10º ano, 9 turmas de 11º ano, 10 turmas de 12º ano e uma turma de educação e formação de adultos.

A nível de recursos humanos, e segundo dados do projeto educativo escolar 2011-2013, a escola tem ao serviço 80 professores, 69 dos quais pertencem ao quadro de escola, sendo interessante verificar que cerca de 76% do total de docentes já estão ao serviço da Escola Secundária de São Lourenço há mais de 10 anos.

Relativamente ao pessoal não docente, relatamos 38 elementos que garantem o funcionamento do espaço escolar.

Atualmente, a escola não pertence a qualquer agrupamento escolar. Os órgãos encontram-se estruturados como estipulado no Decreto-Lei nº 75/2008, de 22 de Abril e são compostos por Conselho Geral, Direção, Conselho Pedagógico e Conselho Administrativo, sendo que o Director exerce também a presidência dos Conselhos Pedagógico e Administrativo.

O projeto educativo da escola, define estratégias de promoção da saúde através da organização de atividades de enriquecimento curricular, sendo que umas das áreas referidas nesse mesmo projecto educativo é a educação sexual, consubstanciado no Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual.

Este projecto dá cumprimento à Lei nº 60 de 6 de agosto que torna obrigatória a inclusão da Promoção e Educação para a Saúde (PES), como área de formação global do indivíduo, no Projecto Educativo da Escola.

Face ao regimentado, a escola lecciona uma disciplina de educação sexual com uma carga horária mínima de 12 horas distribuídas ao longo do ano lectivo “ (...) deverá ser distribuída de forma equilibrada ao longo do ano lectivo, incorporando um conjunto de conteúdos disciplinares de forma transversal, a constar no Projecto Curricular de Turma, elaborado no início do ano lectivo.” (PES-ESSL, 2010:13).

O projecto educativo elucida que abordagem deve ser efectuada “ (...) parte da perspectiva de desenvolvimento da pessoa, na sua globalidade, no sentido em que a sexualida-

de é considerada uma força estruturante no processo de evolução individual.” (PES-ESSL, 2010:13).

Relativamente às metodologias que devem ser utilizadas, as mesmas devem promover uma “ (...) abordagem feita de uma forma explícita, intencional e pedagogicamente estruturada e implementada de forma gradual e equilibrada, respeitando as orientações legais e atendendo às questões e aos anseios dos alunos, dos pais e encarregados de educação.” (PES-ESSL, 2010:13).

Em termos de desenvolvimento, a planificação do Projecto de Educação Sexual integra o Projecto Curricular de Turma logo é planeado, em Conselho de Turma em colaboração com o representante dos encarregados de educação e discutido com os alunos.

No que diz respeito aos procedimentos, o projecto educativo atribui a responsabilidade do Projecto de Educação para a Saúde e Educação Sexual ao professor responsável da disciplina de educação sexual em cada turma, sendo que este sugere “ (...) que haja uma interdisciplinaridade, aplicando-se o conceito de transversalidade que o tema encerra.” (PES-ESSL, 2010:14).

As estratégias a desenvolver para a consecução do projecto, o projecto educativo indica que “ (...) para minimizar os conflitos de conceitos, pela especificidade que os conteúdos apresentam, sejam dados pelo professor de Biologia do conselho de turma ou outro profissional convidado que tenha habilitações próprias para tal. No entanto, é importante que prevaleçam as situações de abordagem dos conteúdos em contexto de sala de aula.” (PES-ESSL, 2010:14).

A escola procura ainda desenvolver outras actividades de enriquecimento escolar e pessoal dos seus alunos, entre estas refira-se as emissões de radio da responsabilidade dos alunos, e ainda a Tuna mista a “Allituna” e o grupo de teatro.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde.

Para Imperatori e Giraldes (1993:47), “o diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para por em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados.”

Ainda segundo Imperatori & Giraldes (1993), a primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito – a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar ou analisar a situação, tornando-se assim fundamental conhecer a realidade da população a estudar.

No nosso estudo, partimos com a finalidade de conhecer as atitudes, os sentimentos e as crenças dos adolescentes da Escola Secundária de São Lourenço relativamente à sexualidade.

O estudo das atitudes face à sexualidade é relevante, porque as mesmas são uma predisposição para opinar, sentir e atuar face aos objetos sexuais, situações, pessoas diferentes, normas ou costumes sociais e condutas sexuais. (López, 2009; Ribeiro *et al.*, 2012).

A possibilidade de conhecer estas atitudes assume extrema importância na medida em que nos permitirá entender como os jovens se sentem com a sua sexualidade e as decisões que poderão tomar na vivência da mesma (Ribeiro *et al.*, 2012).

Neste sentido, foram definidas as seguintes questões de partida:

- Quais as atitudes dos adolescentes face à sexualidade?
- Qual a relação entre as suas atitudes e variáveis como a idade, o sexo e religião?
- Onde procuram informação sobre a temática e qual a importância que dão a cada uma das fontes de informação?
- Será que os adolescentes conversam com os pais sobre o assunto?
- E quais os temas que abordam mais? A população em estudo tem um perfil mais ou menos conservador face à sexualidade?

Para construir esse mesmo diagnóstico, o grupo de mestrandos procedeu à aplicação de instrumento de colheita de dados, (questionário) instrumento este já validado e aplicado em estudos anteriores, e com base na amostra definida.

A amostra, inicialmente, era constituída por 96 alunos do 7º ano e 156 alunos do 10º ano de escolaridade, totalizando 256 alunos.

É importante referir que após as devidas autorizações legais e por razões de não comparência de alguns alunos, ou por não autorização dos encarregados de educação para preenchimento dos questionários a nossa amostra passou a ser de 214 alunos.

A aplicação do questionário decorreu entre os dias 15 e 24 do mês de Maio de 2013 às turmas seleccionadas para amostra e em ambiente de sala de aula apenas aos alunos que tinham autorização dos encarregados de educação.

Os resultados obtidos, evidenciam que a maioria dos jovens inquiridos na amostra são do sexo feminino (53,7%) sendo 46,3% do sexo masculino, a idade dos intervenientes varia entre os 13 e os 20 anos.

O nosso estudo, procurou ainda identificar quais os principais canais de informação dos jovens sobre as questões acerca da sexualidade. Do levantamento desta questão, podemos concluir que os jovens a quem recorrem em primeiro lugar são os amigos (48,6%). A mãe é identificada em cerca de 19,6% das respostas como canal referencial destas questões, sendo que apenas 3,3% referem o pai.

Os pais surgem como apoio para cerca de 9,3%. Com valores muito inferiores surgem os irmãos (3,3%) e os professores com 2,8%.

Nesta questão, cerca de 11,2% dos jovens não fala de sexualidade com ninguém, reforçando ainda o tabu destes assuntos na vida dos jovens.

À questão relativa à dificuldade de os jovens em conversar com os pais na sua grande maioria (70,6%), refere não ter dificuldade sendo que apenas 29,4 % assume que sim. Esta questão revela que para os jovens a principal fonte de informação e partilha são os seus pares.

À questão se os jovens inquiridos já tomaram a decisão de iniciar a sua vida sexual, os inquiridos na sua grande maioria (70,6%), responderam que não, sendo que apenas 29% afirmam que já decidiram começar a ter relações sexuais.

À pergunta relativa sobre qual o método contraceptivo que os inquiridos escolhem, na sua vida sexual 68,2 % referem que nenhum. Esta resposta induz para a necessidade de trabalhar de forma mais eficaz com os jovens, matérias relativas à contraceção.

O preservativo surge como a escolha para cerca de 26,6% dos jovens. A pilula traz um valor residual de apenas 2,8% das respostas.

Na resposta à questão se tem amigos homossexuais, a maioria dos jovens (62,1%) respondeu de forma negativa (logo têm amigos apenas heterossexuais) e 37,9% afirmou que tem amigos que identifica com tendências homossexuais.

No questionamento aos jovens sobre a sua preocupação com o VIH (SIDA), na sua grande maioria (85%) afirmaram que sim que é uma questão que os preocupa, sendo que apenas 15% responderam que não se preocupam com esta questão.

Uma das questões centrais dos jovens é a sua relação com o seu corpo, naturalmente cerca de 71,4% dos jovens responderam de forma positiva à questão se a imagem corporal era uma preocupação sua.

Na resposta à questão sobre quem os jovens recorrem para abordar temas como a SIDA, imagem corporal e homossexualidade, cerca de 79,4% dos inquiridos referem serem os amigos a quem procurem em primeiro lugar para falar sobre estas temáticas, sendo que 41,6% dos participantes assumem recorrer aos colegas.

Nos tempos que correm a internet é fonte de informação cada vez mais importante para os jovens, sendo que cerca de 40,7% dos jovens procura esclarecer as suas dúvidas acerca destas questões através desta ferramenta.

Da população estudada apenas cerca de 10,3% refere o professor como apoio ao esclarecimento destas questões.

Refira-se ainda que os livros e as revistas são ainda uma escolha dos jovens com 14% e 15,9% respetivamente. Já o padre surge com um valor residual de 2,3%.

Relativamente à questão que procura avaliar com que frequência os inquiridos falam com a mãe sobre temas de sexualidade, podemos concluir que existem temas de muito difícil abordagem por parte dos jovens. Da análise, podemos concluir que existem temas que os inquiridos referem nunca falar designadamente: pornografia (79,4%) os sonhos molhados (77,6%), e a masturbação (74,8%).

Relativamente aos temas que os jovens também nunca falam com a mãe, surgem ainda com percentagens elevadas, a vida sexual dos adultos, (44,9%) a pílula (45,8%), a homossexualidade (43,0%) e o aborto com 42,5%.

As temáticas sobre a sexualidade que surgem como mais frequentemente abordadas pelos jovens com a mãe são: o namoro (31,3%), as mudanças corporais na adolescência, (36,0%) a SIDA (13,1%) outras doenças sexualmente transmissíveis (13,6%) e a gravidez (13,6%).

Os temas que os jovens referem como abordar sempre com a mãe destacam-se: período menstrual (22,9%), namoro (21,5%) e as mudanças corporais na adolescência (12,1%).

Quando comparadas as respostas relativas à frequência com que falam com a mãe e com pai sobre questões relacionadas com a sexualidade verifica-se uma sobreposição dos mesmos. Isto significa que não há diferenças significativas no que diz respeito às questões abordadas pelos jovens quer com as mães quer com os pais.

Sobressaem como assuntos nunca abordados pelos jovens com o pai a masturbação (83,6%), os sonhos molhados (82,2%), a pílula (82,2%), a pornografia (79,9%) e a vida sexual dos adultos (73,4%) e o aborto (73,4%).

Relativamente aos temas mais frequentemente abordados com os pais surgem as mudanças corporais na adolescência (8,9%) e o namoro (13,6%).

Destaque-se que 7, 6 % dos jovens inquiridos refere falar sempre com o pai sobre namoro.

À questão se os jovens se consideravam bem informados relativamente às questões sobre a sexualidade, a maioria da população em estudo (76,6%) respondeu afirmativamente, sendo que cerca de 23,4% dos inquiridos referem que não estão bem informados relativamente a esta temática.

No estudo desenvolvido procurou-se ainda conhecer como os jovens consideravam o papel dos pais na sua educação sexual.

Sobre esta questão 31,3% dos jovens considera que o papel dos pais é muitas vezes importante, 27,6% importante, e 21,0% muito importante.

Por seu lado 7,9% dos jovens assumem ser o papel dos pais pouco importante.

Quanto à importância do papel dos diferentes interlocutores na educação sexual dos jovens participantes do estudo, verifica-se que a escola, os pais e os amigos surgem como

os mais relevantes. Já 21,0% dos jovens referem o papel dos amigos como muito importante, dos pais também com 21%, logo seguido da escola com 17,3%.

Outro dos interlocutores referidos como muito importante face ao seu papel na educação dos jovens surge a internet com cerca de 14,5% e os livros científicos com 7,0%. Menos referenciados em termos de importância surge a imprensa escrita (2,8%) e a igreja (1,9%).

Relativamente à religião e à sua prática, os resultados obtidos revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das atitudes face à sexualidade entre os jovens que têm ou não religião e se são ou não praticantes.

Os resultados também evidenciaram que os jovens elegem os seus amigos para falar sobre temas de sexualidade, sendo que a internet surge também como um recurso muito utilizado.

Relativamente ao estudo da escala de atitudes liberal / conservador face à sexualidade conclui-se que:

- Quanto mais velhos, os jovens vão sendo menos conservadores;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, face a atitude liberal/conservador perante a sexualidade;
- Os jovens que se dizem cumprir fielmente as normas da sua religião são tendencialmente mais conservadores face à sexualidade. Esta questão parece ser influenciada pelo facto dos jovens seguirem, ou não, fielmente as normas religiosas.

Um dos principais objetivos do nosso estudo prendia-se com a construção de um índice liberal /conservador, índice este que revelou que os jovens inquiridos são tendencialmente liberais com um valor de índice de 64,5%.

2.3.-LOCAL DE FORMAÇÃO E POPULAÇÃO-ALVO

As acções de educação para a saúde terão lugar nas instalações da Escola Secundária de S. Lourenço

A sua população alvo são os alunos do 8.º e 11.º ano de escolaridade num total de 214 alunos.

2.4. – OBJETIVOS

Concretizando, como **Objetivo Geral** do estágio definimos:

- Contribuir para a promoção de uma sexualidade saudável e responsável, dos jovens do 8.º e 11.º ano da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre através de sessões de educação para a saúde

Como **Objetivos Específicos**:

- Conhecer as percepções dos jovens sobre os comportamentos de risco e medidas preventivas relativas à vivência sexual;
- Estruturar as acções a desenvolver, com base nas necessidades identificadas junto dos jovens;
- Implementar as ações previstas de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual;
- Contribuir para a informação dos jovens sobre os comportamentos sexuais de risco e doenças sexualmente transmissíveis;
- Promover a tolerância e o respeito pela identidade sexual dos jovens;
- Alertar para as consequências e os riscos da gravidez na adolescência;
- Ajudar os jovens a compreenderem a mudanças físicas, psicológicas e sociais durante a puberdade/ adolescência;
- Avaliar a satisfação dos jovens relativamente às acções de educação para a saúde efectuadas.

2.5. – CONTEÚDOS DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Relativamente ao processo de planeamento e preparação das sessões de educação para a saúde, é nosso objetivo que as mesmas cumpram o suporte teórico preposto pela Teoria de Aprendizagem Social ou Teoria Cognitiva de Bandura.

Procuraremos ainda ter em conta o perfil dos jovens e o contexto espacial onde as sessões seriam realizadas, a sala de aula.

Com base nestas orientações e nos temas que emergiram do respectivo diagnóstico de situação, enquadrando-os naquilo que está preconizado ser abordado nos diferentes níveis de ensino, relativamente ao 8.º ano, Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) propõem que, ao nível do 3.º ciclo, sejam abordados os temas das modificações do corpo, da noção de sexualidade, as relações interpessoais adolescente / grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade), as relações interpessoais adolescente / família, os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana, a contraceção, as IST e os abusos sexuais.

Como apoio, seguimos ainda as orientações Frade, Marques, Alverca & Vilar (2001) relativas às temáticas a serem abordadas relativamente aos alunos do ensino secundário designadamente: a noção de sexualidade e desenvolvimento psicosssexual, a beleza e moda, as expressões da sexualidade, as relações interpessoais em termos da relação de casal, a sexualidade e a lei, a gravidez e o parto, a contraceção, a Sida e a exploração sexual.

Cruzando estas orientações com o diagnóstico de necessidades efectuado, com os alunos do 11.º ano abordaremos os seguintes temas:

- A sexualidade como uma expressão fundamental da vida;
- As diferentes dimensões da sexualidade;
- As diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação;
- Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida;
- Identidade e orientação sexual de cada indivíduo;
- Os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc.;
- O direito à abstinência ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável;
- As diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos;
- A importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas.

2.7. – PREVISÃO DE RECURSOS

Os recursos necessários para a execução das intervenções previstas, são:

Recursos humanos:

- Alunos do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professora da ESSP responsável pelo Estágio;
- Direção e Professores da ESSL;
- Jovens do 8.º e 11.º ano EESL;

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESSL;
- Computador e projetor multimédia;
- Reprografia da ESSP, onde foram fotocopiados os questionários de avaliação.

2.8. – AVALIAÇÃO

A avaliação do presente projeto individual de estágio, será efectuada através da apresentação do respectivo relatório de actividades, em data a definir pela coordenação do 3.º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

CONCLUSÃO

Em termos de conceitos, podemos aferir, que temos vindo a assistir a mudanças ao nível da definição do conceito de saúde, afastando-se este de um processo essencialmente biológico, para passar a introduzir variáveis biopsicossociais e espirituais.

A promoção da saúde passou, a ser definida como um processo e deixou de ser entendida como um “conjunto de actividades de prevenção primária (educação sanitária, exames selectivos periódicos, aconselhamento matrimonial, etc.)”, tal como conceituado por Leavell e Clark (1977) citados por Carrondo (2006:36) nos níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença – prevenção primária, secundária e terciária .

Gostaríamos de salientar a conferência de Bangkok, onde foi feita uma avaliação ao percurso percorrido e as diferentes transformações que ocorreram no mundo e reafirmado o importante papel das escolas, locais de trabalho, comunidades e cidades onde se oferecem oportunidades muito importantes para a implementação de estratégias abrangentes fundamentais para a construção de um mundo mais saudável(WHO, 2005).

Com esta carta assistimos a uma clarificação do conceito de promoção de saúde decorrente da Conferência de Ottawa (OMS, 1986), tornando-se este mais claro, sendo assim vista como um processo, reforçado pelo conceito de empoderamento que tem como objetivo:

“o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus factores protectores (recursos gerais de resistência), através de um forte sentido de coerência, que lhes dá a facilidade de ler a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte” (Carrondo, 2006:37).

Neste sentido, a responsabilidade da promoção da saúde deverá ser partilhada por todos (indivíduos, grupos, comunidades, governos nacionais e locais) e organizações de saúde, onde os seus profissionais exercem um papel de relevo, designadamente os enfermeiros especialistas de saúde comunitária, olhando-se esta, como um sistema adaptativo, centrado no individuo, tendo sempre em conta as capacidades, recursos e objetivos de vida deste.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. (1988). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Agreda, Esther A. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Educere n.º45* (13) [online], 415-425.
- Almeida, C.; Pinheiro, E.; Beserra, M. & Barroso, G. (1996). *Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes*
- Alvarez, M. (2005). *Representações Cognitivas e Comportamentos Sexuais de Risco – o guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de proteção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Anastácio, Z. (2012). *Saúde e desenvolvimento adolescente: relação entre a tomada de decisão, comportamento sexual, autoestima e imagem corporal*. Acedido a 08 de abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/21346/1/SA%c3%9aDE%20E%20DESENVOLVIMENTO%20ADOLESCENTE.pdf>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Barbosa, M.R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens adultos*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Bastos, V., Moreira, A., Ota, R., Zanatta, N., Abe, C. & Lucas, A. (2010). *Educação Sexual com Mitos e Verdades da Sexualidade*, Universidade Estadual de Maringá. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_e_Genero/Trabalho/07_37_34_educacao_sexual_com_mitos_e_verdades_da_sexualidade.pdf
- Bastos, A. (2003). *Afetividade na Adolescência – Sexualidade e Educação para os Valores*. Lisboa: Edições Paulinas.
- Bell J. (2009). Why embarrassment inhibits the acquisition and use of condoms: a qualitative approach to understanding riskysexual behaviour. *Journal Adolesc.*;32:379–91.

- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brás, M. (2012). *Sexualidade na adolescência: perspectiva do adolescente face à sexualidade*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança (Curso de Mestrado em Gestão das Organizações), Bragança. Acedida a 19 de Maio de 2013 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8008/1/Fatima_Bras_MGO_1%c2%baano_Gest%c3%a3o%20das%20Unidades%20de%20Saude.pdf
- Brêtas, J. & Silva, C. (2005). *Orientação Sexual para adolescentes: Relato de Experiencia*. In Acta Paul Enferm. Acedido a 22 de Maio de 20013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300015
- Brissos, M. (2004, Janeiro/Junho). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 43-55. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2004, Janeiro/Junho). Educação para a saúde: diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Vila Real. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (1) 22, 57-70. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-06-2004.pdf>
- Claes, M. (1990). *Os Problemas da Adolescência*. Lisboa: Verbo.
- Coimbra, J. (2012). “Clica já” – Educação sexual em meio escolar. In *Millenium* (43), 127-131. Acedido a 30 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium43/8.pdf>
- Conferência Episcopal Portuguesa (2005). *Educação da Sexualidade*, Nota sobre a Educação da Sexualidade. Acedido a 22 de junho de 2013 em <http://www.agencia.ecclesia.pt/index.shtml>
- Conselho de Enfermagem [CE] (2009). Parecer n.º109/2009: Educação Sexual nas Escolas. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 1 – 5
- Costa, Maria de Lourdes (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidado*. Dissertação de Doutoramento não

publicada. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Doutoramento em Educação), Lisboa. Acedido em 22 de julho de 2013 em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>

Costa, A. (2006). *A educação sexual numa perspetiva de Educação para a Saúde: Um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho – Instituto de educação e Psicologia (Mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde), Braga. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6284/3/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20de%20Mestrado.pdf>

Cruz, M. F. (2011). *Educação para a saúde – intervenção comunitária aos três níveis de prevenção*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade católica Portuguesa (Curso de mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária), Lisboa.

Dias, M.G., & Fontaine, A.M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Escola Secundária de São Lourenço, Projeto Educativo de Escola 2011-2013. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://www.essl.edu.pt/images/pdf/PE.pdf>

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

Fernandes, A. (2006). *Projecto ser mais – Educação para a sexualidade* in http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/ acedido em 19 de junho de 2013

Ferreira, M. & Nelas, P. (Fevereiro 2006). *Adolescências... Adolescentes.... Educação, ciência e tecnologia*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido a Maio de 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.19/409>

Ferreira, M., Carvalho, P., Pacheco, S. & Teixeira, S. (2004, Maio-Junho). A Educação Sexual na Adolescência (emoções e sentimentos) – O papel do Enfermeiro. *Servir*, 3 (52), pp. 132-137

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência

Frade, A., Marques, A., Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação sexual na escola - guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.

Galvão, M. & Costa, E. (2000). Sexualidade da Adolescente: Anticoncepção e DST/AIDS. *RBM – Caderno de Ginecologia e Obstetrícia* (57), 8-19

Garraio, I. (2011). *Histórias da história, 125 anos da Escola Secundária de São Lourenço em Portalegre*. Lisboa: Edições Colibri.

Gaspar, T.; Matos, M.; Gonçalves, A.; Ferreira, M.; & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/ SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 7 (vol2), 299-316

Gil, A. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (2.^a edição). São Paulo: Editora Atlas

Goossens, L. (2006). *Theories of adolescence*. In S. Jackson & L. Goossens, Handbook of adolescent development. New York: Psychology Press.

GTES (2005). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_fi nal_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abkl4FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFQQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaoosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_fi nal_gtes.pdf&ei=rwWSUenzB4_G7Abkl4FA&usg=AFQjCNG7ExbS4spBajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=O2xxefr-pjPe arLxIFQQ)

GTES (2007). Educação para a saúde – relatório final. In portal do Ministério da Educação. Acedido em 2 Maio de 2013 em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_fi](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgidc.minedu.pt%2Feducacaoosaude%2Fdata%2Feducacaosaude%2Feducacaosexual%2Frelatorio_fi)

[nal_gtes.pdf&ei=PAaSUfLoMqLY7AbullG4Cw&usq=AFQjCNG7ExbS4spB
ajpvCWF1YT34X8K-3A&sig2=1de7alkVbFWdEP7iBr-iJw](http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a07v20n1.pdf)

- Guerra, Valeschka M. and Gouveia, Valdiney V. (2007). Liberalismo / conservadorismo sexual: proposta de uma medida multi-fatorial. *In Psicologia. Reflexão e Crítica*. Vol.20, n.1, pp. 43-53. ISSN 0102-7972. Acedido a 28 de Agosto de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n1/a07v20n1.pdf>
- Habigzang, L., Azevedo, G., Koller, S. & Machado, P. (2006). *Fatores de Risco e de Proteção na Rede de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual*. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 379-386. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., & Tatham, R. (2006). *Multivariate data analysis* (6ª edição). New Jersey: Pearson Educational, Inc.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2.ª edição). Lisboa: Edições Sílabo
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Obras avulsas.
- International union for health promotion and education [IUHPE]. (2009). Construindo escolas promotoras de saúde: diretrizes para promover a saúde em meio escolar. Acedido a 28 de Maio de 2013 em http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf
- Irwin, C. E., Jr., Burg, S. J., e Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 31(6 Suppl), 91-121.
- Leal, D. (2006). *Impacto da gravidez na adolescência no distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde (Curso de Mestrado em Medicina), Covilhã.
- Leitão, I. & Ramoa, C. (2011). *Mitos e crenças sobre aspetos ligados à sexualidade – Educação Sexual em Meio Escolar: Metodologias de*

Abordagem/Intervenção. Acedido a 21 de Maio de 2013 em <http://www.cfaematosinhos.eu/M1.pdf>

- Leite, M. *et al.*, (2007). Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]; N° 4 (Vol 60) acedido a 17 de Junho de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400014&lng=en&nrm=iso
- Lerner, R.M., & Steinberg, L. (2004). *The scientific study of adolescent of adolescent: Past, present, and future*. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent development*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1-12.
- Looker, K., Garnett, G. & Schmid, G. (2008). An estimate of the global prevalence and incidence of herpes simplex vírus type 2 infection. *Bulletin of World Health Organization*, 86 (10), 805 - 812. Acedido a 2 de Maio de 2013. em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/07-046128/en/>
- Lucas, M. (2009). *Adolescência e sexualidade: sintomas depressivos e comportamentos sexuais de risco na adolescência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa (Curso de Mestrado em Sexualidade Humana), Lisboa.
- Macário, R. & Martins, M. (2010). *Educação sexual em contexto escolar: outro ano zero?!*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.esse.ualg.pt/rededeprofessoresinvestigadoresemciencias/joomla/images/stories/Paper_Guarda.pdf
- Matos, I. (2004). *Família e Comportamentos Sexuais de Risco nos Adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social. (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- Martinez F. & Lopez-Arregui, E. (2009) Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88 (3)
- Martins, M.; Fernandes, C. & Gonçalves, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. In *Reben – Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 65, 685-690. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000400020&script=sci_arttext

- Martins, M. A. (2009). *Estado de nutrição, comportamento alimentar e estilos de vida: caracterização de uma população de adolescentes*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Martins, A.; Nunes, C.; Silva, A. & García, M. (2008). Fontes de informação, conhecimentos e uso do preservativo em estudantes universitários do Algarve e de Huelva. *Psico*, nº 1 (vol39), 7-13. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://www.researchgate.net/publication/234893617_Fontes_de_informao_conhecimentos_e_uso_do_preservativo_em_estudantes_universitrios_do_Algarve_e_de_Huelva
- Martins, M. (2007). *Educación Sexual en los Adolescentes de un Distrito del Norte Alentejano: Análisis y Valoración de Fuentes. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Martins, M. F. (2007). *Familia y Educación Sexual de los Adolescentes: Análisis y Valoración de las Familias de un Distrito del Norte Alentejano ante su Papel y el de las Otras Fuentes de Educación. Contribución para el Conocimiento y Base de Futuras Intervenciones en esta Comunidad*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Extremadura – Departamento de Enfermería, Cáceres
- Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L. *et al.*, (2011). A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Ministério da Educação. (2011). *Nova Escola*. Acedido em 31 de Maio de 2013 em <http://www.novaescola.min-edu.pt/np4/e1214234.html>
- Ministério da Saúde e da Educação [MSE] (2010). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 69, 1170 - (2) – 1170 - (4)
- Ministério da Educação [ME] (2009). Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 151, 5097-5098
- Ministério da Saúde. [ME]. Direção Geral da Saúde. (2006). *Saúde Escolar – Programa Nacional de Saúde Escolar*. Divisão Geral da Saúde. Acedido

em 20 de Maio de 2011 em
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

Ministério da Educação [ME] (2005). Despacho n.º 25 995/2005 de 16 de Dezembro. Gabinete da Ministra. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 240, 17515-17516

Ministério da Educação [ME] (1984). Lei n.º 3/84 de 24 de Março. *Diário da República*, 1.ª série-A. Acedido a 31 de Maio de 2013 em http://juventude.gov.pt/MigratedResources/461000/461027_Lei203_84pdfEducsexeplaneamento.pdf

Ministério da Saúde [MS]. Direcção-Geral da Saúde. *Plano nacional de saúde 20012/2016: Volume 11 - Indicadores e metas em saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

Monteiro, RLM (2005). A *mídia* na informação sobre saúde sexual. *Adolesc Saúde*. nº2 (Vol1), 17-28. Acedido a 2 de Junho de 2013 em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=194

Oliveira, E. A., Marin, A. H., Pires, F. B., Frizzo, G. B., Ravanello, T. & Rossato, C. (2002). Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 1-11.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35, 8667-8669.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Decreto – lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro – Estatuto do Enfermeiro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 160, 6528-6550.

Ordem dos Enfermeiros (2008). Matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 2 de Junho de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version=1>.

Organización Mundial de La Salud (1977). Necesidades de salud de los adolescentes. Informe de um Comitê de Expertos de la OMS. Ginebra, OMS. (Série de Informes Técnicos, 609).


- Piaget, J. (1990). *Seis estudos de psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Piscalho, I., & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: Educação da sexualidade nas escolas – Um projecto de investigação-acção com adolescentes que frequentam o 10º ano de escolaridade. *Paper presented at the 4º Congresso de Psicologia da Saúde: A Saúde numa Perspectiva de Ciclo de Vida*, Lisboa.
- Reis, M & Matos, M. (2007). Contraceção – conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, nº 8 (vol 2), 209-220
- Reis, M.; Ramiro, L. & Matos, M. (2009). Contraceção, Parceiros Ocasionais e Consumo de Substâncias em Jovens Portugueses. *Revista lusófona de ciências e tecnologias da saúde*. Nº6 (Vol 2), 206-214
- Ribeiro, A. (2011). *Saúde sexual e reprodutiva: conhecimentos e comportamentos de estudantes do 8º ano ao 12º ano do norte de Portugal*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa (Curso de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde), Porto. Acedido a 30 de Maio de 2013 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3129/1/DM_14228.pdf
- Ribeiro, J., Pontes, A & Santos, L. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. In *Psicologia, Saúde e Doenças [online]* (2) 13, 340-355. Acedido a 19 de Maio de 2013 em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1645-00862012000200015&lng=pt&nrm=iso>
- Rodrigues, C. (2009). *Género e aprendizagem participativa orientada para a ação em educação sexual: um estudo com alunos (as) do 7º ano de escolaridade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho (Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em educação para a saúde), Braga.
- Saavedra, L. & Magalhães, S. (2007). Género, cultura e sexualidade em jovens portugueses e portuguesas: Um programa de educação sexual. In *Actas do Congreso Astur Galaico de Socioloxía*, Corunha.
- Sampaio, D. (2006). *Lavar o mar, um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*: Lisboa. Editorial Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Inventem-se novos pais*. (10.ª ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (1998). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. (10.ª ed.) Lisboa: Edições Caminho.

- Sampaio, D. (1998). *Vivemos livres numa prisão*. (2.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Tudo o que temos cá dentro*. Lisboa: Edições Caminho.
- Sampaio, D. (2000). *Vozes e ruídos: diálogos com adolescentes*. (11.^a ed.) Lisboa: Edições Caminho
- Segundo, B. (2009). *Sexualidade, cristianismo e poder*. Acedido a 20 de Junho de 2013 em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/html/v10n3a05.html>
- Silber, T. J. (1995). Medicina de la adolescência: su historia, crecimiento y evolución. In Maddaleno, M. *et al.*,. La salud del adolescente e del jovem. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 65-69. (Publicación científica n. 552).
- Silva, H.; Ferreira, S.; Águeda, S.; Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Simões, C., e Marques, J. (2000). Determinantes sócio-cognitivas de intenções comportamentais relacionadas com a saúde. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7(1), 25-36.
- Silva, H., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A.; Lopes, A. & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: desafios de uma nova realidade pediátrica. In *Acta Pediátrica Portuguesa*. Nº 43(Vol 1):8-15
- Sprinthal, N. & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian.
- Taquette, S. (s.d.) *Sexualidade na Adolescência*. In A Saúde de Adolescentes e Jovens – competências e habilidades. Acedido a 21 de Maio de 2013 em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/textos_competencias_14.html

- Tavares, José; Alarcão, Isabel (1992). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Teixeira, C. (2010). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Acedido a 12 de Abril de 2013 em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=616658&indexSearch=ID>
- Teixeira, F., Martins, I., Ribeiro, P., Chagas, I., Maia, A., Vilaça, T. et al.,. (2010). *Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas*. (1ª edição – ebook). Braga: edições CIEd. Acedido a 20 de Maio de 2013 em http://www.fpccsida.org.pt/images/stories/ebook_I_CISES.jpg
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2010). *Orientação técnica internacional sobre educação em sexualidade – Uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. Acedido a 20 de Maio de 2013 em <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281por.pdf>
- Vilar, D. (2003). *Falar disso, a educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vilar, D. (2005, Julho-Setembro). A Educação sexual faz sentido no atual contexto de mudança? In *Revista Educação Sexual em Rede*, 1, 8-14. Acedido em 18 de Maio de 2013 em http://planeamentofamiliar.com/wp-content/conteudo/pdfs/EDS_DV.pdf
- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e Fontes*. Lisboa: APF
- World Health Organization (WHO) (2001). *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization ((WHO) 2000), *Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe- Report on a WHO Conference, Munich, Germany, 15-17 June 2000*, p42.
- World Health Organization (WHO). 1946. *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. WHO. Genebra.

Apêndice II – Plano de Sessão 8.º ano de escolaridade

PLANO DE SESSÃO

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
|  ESSP | Entidade Formadora: ESSP –III Curso de Mestrado em Enfermagem Ação: Sexualidade na Adolescência Módulo: Estágio Local da Formação: Escola Secundária de S. Lourenço Formadores: Ana Luísa Serra, Gaudêncio Miguel Tavares, Luís Filipe Amaro, Maria Gabriela Serra e Sílvia Ronda. Público-Alvo: Alunos do 8.º ano de escolaridade Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014 N.º de Sessão: 1 | | | | Pré-Requisitos: <i>X Sim</i> <input type="checkbox"/> Não <i>Quais:</i> Alunos que tenham participado na fase do diagnóstico de saúde |
| | Objetivo Geral: No final da sessão os alunos melhoraram os seus conhecimentos sobre sexualidade responsável | | | | Duração da Sessão: 90 m |

| Etapas de desenvolvimento da sessão | Sequencia didáctica | Objetivos | Conteúdos programáticos | Metodologia e técnicas pedagógicas | Recursos Didáticos | Gestão do Tempo |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| Introdução | Apresentação dos temas a abordar | Apresentar o grupo de enfermeiros aos alunos Apresentar os objectivos da sessão | Apresentação de todos os intervenientes (alunos e enfermeiros) | Expositivo Ativo | Computador Projector | 15 min |
| Desenvolvimento | Explicação dos temas a abordar | Caracterizar a Sexualidade na Adolescência enquanto componente do desenvolvimento humano | .As modificações do corpo. Noção de sexualidade, as relações interpessoais. Adolescente / grupo de pares, a orientação sexual (expressões de sexualidade). | Expositivo | Computador Projector | 60 m |

| | | | | | | |
|-----------|-----------------|---|---|---|--|------|
| | | | <p>As relações interpessoais adolescente / família.</p> <p>Os papéis sexuais, as novas capacidades reprodutivas, a resposta sexual humana.</p> <p>A contraceção,</p> <p>As IST.</p> <p>Os abusos sexuais.</p> | | | |
| Conclusão | Final da sessão | <p>Sintetizar os conteúdos abordados na sessão</p> <p>Esclarecer questões sobre os temas apresentados</p> <p>Avaliar a satisfação dos participantes</p> | <p>Resumo dos conteúdos apresentados</p> <p>Responder as questões apresentadas</p> <p>Preenchimento de questionário de resposta anónima para avaliação da satisfação dos participantes</p> | <p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Activo</p> <p>Aplicação de questionários de avaliação da satisfação</p> | <p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>Questionário</p> | 15 m |

Auxiliares Pedagógicos: n/d

Apêndice III: Plano de sessão do 11.º ano de escolaridade



ESSP

Entidade Formadora: ESSP –III Curso de Mestrado em Enfermagem

Ação: Sexualidade na Adolescência

Módulo: Estágio

Local da Formação: Escola Secundária de S. Lourenço

Formadores: Ana Luísa Serra, Gaudêncio Miguel Tavares, Luís Filipe Amaro, Maria Gabriela Serra e Sílvia Ronda.

Público-Alvo: Alunos do 11.º ano de escolaridade

Data: 13 a 17 de Janeiro de 2014

N.º de Sessão: 1

Pré-Requisitos: *X Sim* ☐ Não

Quais: Alunos que tenham participado na fase do diagnóstico de saúde

Duração da Sessão: 90 m

Objetivo Geral: No final da sessão os alunos melhoraram os seus conhecimentos sobre sexualidade responsável

| Etapas de desenvolvimento da sessão | Sequencia didáctica | Objetivos | Conteúdos programáticos | Metodologia e técnicas pedagógicas | Recursos Didáticos | Gestão do Tempo |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|---|------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| Introdução | Apresentação dos temas a abordar | Apresentar o grupo de enfermeiros aos alunos Apresentar os objectivos da sessão | Apresentação de todos os intervenientes (alunos e enfermeiros) | Expositivo Ativo | Computador Projector | 15 min |
| Desenvolvimento | Explicação dos temas a abordar | Caracterizar a Sexualidade na Adolescência enquanto componente do desenvolvimento humano | <ul style="list-style-type: none"> •A sexualidade como uma expressão fundamental da vida. •As diferentes dimensões da sexualidade. •As diferentes possibilidades ou fins da sexualidade: afeto, comunicação, prazer e procriação. •Aceitar e reconhecer a sexualidade em todas as fases da vida. •Os diferentes comportamentos associados à sexualidade: carícias, beijos, masturbação, etc. •O direito à abstinência | Expositivo | Computador Projector | 60 m |

| | | | | | | |
|-----------|-----------------|---|--|---|--|------|
| | | | <p>ou a ter comportamentos sexuais de forma livre e responsável.</p> <p>•As diferentes orientações de desejo se manifestam através de comportamentos sexuais diversos.</p> <p>•A importância da família, como núcleo que satisfaz necessidades afetivas básicas.</p> | | | |
| Conclusão | Final da sessão | <p>Sintetizar os conteúdos abordados na sessão</p> <p>Esclarecer questões sobre os temas apresentados</p> <p>Avaliar a satisfação dos participantes</p> | <p>Resumo dos conteúdos apresentados</p> <p>Responder as questões apresentadas</p> <p>Preenchimento de questionário de resposta anónima para avaliação da satisfação dos participantes</p> | <p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Activo</p> <p>Aplicação de questionários de avaliação da satisfação</p> | <p>Computador</p> <p>Projector</p> <p>Questionário</p> | 15 m |

Auxiliares Pedagógicos: n/d

Apêndice IV: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 8.º ano de escolaridade

Apêndice V: Material de apoio às sessões de educação para a saúde do 8.º ano de escolaridade

Apêndice VI: Questionário de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde.

**Questionário de Avaliação da Satisfação dos Adolescentes após a
Sessão de Educação para a Saúde**

Caro (a) Estudante,

A tua opinião sobre a Sessão de Educação para a Saúde em que acabaste de participar é extremamente importante para que possamos:

- Aferir em que medida correspondemos às tuas expetativas,
- Melhorar o nosso desempenho em futuras Sessões de Educação para a Saúde.

Gostaríamos então que respondesses às seguintes questões:

Idade: _____

Sexo: _____

Ano de Escolaridade: _____

1=Muito Insatisfeito; 2=Insatisfeito; 3=Pouco Satisfeito; 4=Satisfeito; 5=Muito Satisfeito

| Questões | | Grau de Satisfação | | | | |
|----------|--|--------------------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Como te sentiste durante a sessão | | | | | |
| 2 | Simpatia e disponibilidade dos formadores | | | | | |
| 3 | Competência e profissionalismo dos formadores | | | | | |
| 4 | Utilidade dos temas abordados | | | | | |
| 5 | Forma como os temas foram abordados | | | | | |
| 6 | Esclarecimento de dúvidas | | | | | |
| 7 | A sessão correspondeu às tuas expectativas iniciais? | | | | | |
| 8 | Grau de satisfação em geral | | | | | |

Comentários/Sugestões:

Muito Obrigado pela tua colaboração

Apêndice VII: Cronograma de atividades

Cronograma de actividades

| Actividades | 2013 | | | | | | | | 2014 | |
|---|------|-------|-------|--------|------|------|------|------|------|-----|
| | Maio | Junho | Julho | Agosto | Set. | Out. | Nov. | Dez. | Jan | Fev |
| Revisão Bibliográfica | | | | | | | | | | |
| Estágio | | | | | | | | | | |
| Reuniões de trabalho com a Direção da ESSL | | | | | | | | | | |
| Aplicação do instrumento de colheita de dados | | | | | | | | | | |
| Tratamento e Análise de Dados | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Diagnóstico de situação | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Projecto de Estágio | | | | | | | | | | |
| Preparação das sessões de educação para a saúde | | | | | | | | | | |
| Apresentação das sessões de educação para a saúde | | | | | | | | | | |
| Elaboração do Relatório Final | | | | | | | | | | |
| Entrega do Relatório Final | | | | | | | | | | |

